Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde

Contradições e desafios em 20 anos de SUS

Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde

Contradições e desafios em 20 anos de SUS

Gustavo Corrêa Matta
Júlio César França Lima
ORGANIZADORES

Autores

Emir Sader

Filósofo, doutor em ciência política pela Universidade de São Paulo (USP). Professor do Departamento de Políticas Sociais da Faculdade de Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj) e coordenador do Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (Clacso).

Gustavo Corrêa Matta (organizador)

Psicólogo, doutor em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professor e pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (Laborat/EPSJV/Fiocruz) e professor do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da EPSJV/Fiocruz.

Isabel Brasil Pereira

Bióloga, doutora em educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Vice-diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e professora adjunta da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (FEBF/Uerj).

Jairnilson Silva Paim

Médico, mestre em medicina e doutor em saúde pública pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Professor titular de política de saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/Ufba).

Júlio César França Lima (organizador)

Enfermeiro sanitarista, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPFH/Uerj). Professor e pesquisador do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (Lateps/EPSJV/Fiocruz) e professor do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da EPSJV/Fiocruz.

Ligia Bahia

Médica sanitarista, doutora em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Professora adjunta da Faculdade de Medicina e do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Nesc/UFRJ).

Lúcia Maria Wanderley Neves

Educadora, doutora em educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora (aposentada) da Universidade Federal de Pernambuco (Ufpe) e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Nelson Rodrigues dos Santos

Médico sanitarista, doutor em medicina preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Professor colaborador do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (DMPS/FCM/Unicamp), presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa) e membro do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

Ruben Araujo de Mattos

Médico, doutor em saúde coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Professor do Instituto Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).

Sergio Lessa

Doutor em ciências humanas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professor do Departamento de Filosofia da Universidade Federal de Alagoas (Ufal), membro da editoria da revista *Crítica Marxista*.

Sonia Fleury

Doutora em ciência política. Professora titular da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresa da Fundação Getulio Vargas (Ebap/FGV), presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

Virginia Fontes

Historiadora, mestre em história pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e doutora em filosofia política pela Universidade de Paris-X (Nanterre). Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Aposentada do curso de História da UFF, atua no Programa de Pós-Graduação da mesma instituição, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e na Escola Nacional Florestan Fernandes-MST.

Sumário

Apresentação

Este livro foi elaborado especialmente como parte das comemorações dos vinte anos de inscrição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição brasileira de 1988. Seu objetivo é atualizar o debate em torno da Reforma Sanitária brasileira, buscando contribuir para a formulação de políticas de educação profissional em saúde consoantes com uma perspectiva emancipatória de educação dos trabalhadores, especialmente dos técnicos da saúde.

No processo de construção do SUS, a temática da formação dos trabalhadores técnicos da saúde tornou-se uma preocupação crescente, alvo de ações públicas em face da escassez e má distribuição entre os estados brasileiros, mas principalmente por causa do grande contingente de trabalhadores com precária ou nenhuma formação profissional. O intenso processo de municipalização dos serviços de saúde que se inicia com as Ações Integradas de Saúde (AISs), em 1983, se aprofunda com a criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (Suds), em 1987, e se consolida nos anos 1990 coloca, para as forças políticas que se reúnem em torno do projeto da Reforma Sanitária, novos desafios no que diz respeito ao perfil do trabalhador necessário para viabilizar a premissa estabelecida constitucionalmente de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, baseada nos princípios de universalidade, eqüidade e integralidade.

No contexto de uma democracia restrita e socialmente regressiva que se verifica no país ao longo da década de 1990, na qual tiveram peso importante o discurso neoliberal de um único caminho para a superação da crise dos anos 1980 e o sentimento difuso de 'emergência econômica', estes vinte anos são marcados também por disputas de projetos na sociedade no que diz respeito, particularmente a estas duas práticas sociais – saúde e educação.

Para aprofundar e atualizar esse debate, neste livro, na forma de coletânea, procura-se identificar as mudanças e contradições que se operam no interior do Estado, na sociedade civil brasileira e no âmbito dessas práticas sociais ao longo deste período. Estão reunidas aqui idéias de dez especialistas de expressão nacional e internacional, organizadas em torno de cinco eixos temáticos – Estado, Políticas Sociais e Saúde; Saúde e Sociedade; Democracia, Participação e Gestão em Saúde; Trabalho e Trabalho em Saúde; e Relação Trabalho e Educação na Saúde; buscamos,

assim, cumprir a função de subsidiar as discussões de uma proposta político-pedagógica na perspectiva emancipatória dos trabalhadores técnicos da saúde.

Emir Sader, em "Notas sobre a globalização neoliberal", após uma síntese daquilo que Eric Hobsbawn caracterizou como a "era de ouro do capitalismo", um período que combinou o maior crescimento econômico da história do capitalismo com a maior democratização social nos países capitalistas centrais, discute o fim desse ciclo expansivo, o renascimento do liberalismo e a receita do capital para a superação da estagnação, que se abate sobre as economias mais desenvolvidas na década de 70 do século passado. Remando contra o consenso existente em torno do modelo regulador keynesiano, o assim chamado modelo neoliberal, que está na base da globalização contemporânea, foi construído a partir do diagnóstico de que o Estado era o principal obstáculo ao desenvolvimento econômico, fosse por limitar a livre circulação de capital, fosse em função dos gastos excessivos, particularmente aqueles que garantiam direitos sociais conquistados pelos trabalhadores; tais gastos eram responsabilizados pelo aumento dos preços e pela inflação.

Resulta daí que o Estado do bem-estar social ou Estado-providência, que não chegamos a conhecer no Brasil, cede lugar ao então chamado Estado mínimo, com a redução da sua intervenção na economia, a privatização das empresas estatais, a abertura da economia ao mercado internacional, a desindexação de capitais e a flexibilização das relações de trabalho. A globalização neoliberal, afirma Sader, inaugura um período da história que, acompanhando o processo de financeirização da economia e de imposição de normas econômicas mundiais de livre comércio, significou tanto o aprofundamento do processo de concentração de poder e de renda dentro de cada país, entre os países e regiões, como o maior processo de expropriação de direitos da massa de trabalhadores. Privatização, desregulação e competição passam a ser as palavras-chave da 'nova ordem mundial', que divide o mundo entre 'globalizadores' e 'globalizados', num processo que avança não apenas sobre as empresas estatais, mas sobre o sistema de proteção social, o sistema educacional, as aposentadorias e os serviços de saúde.

O autor deixa em aberto a questão de se é possível (ou não) uma globalização alternativa, solidária e inclusiva, mas a análise que realiza está na base da ofensiva neoliberal sobre os serviços sociais, entre os quais os serviços de saúde, ofensiva esta que propõe para o conjunto dos países a organização de sistemas de saúde baseada em seguros médicos.

Em "Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil", Sonia Fleury propõe a realização de um balanço do impacto das reformas liberais sobre a reforma

democratizante projetada na Constituição de 1988, particularmente em relação à seguridade social, e uma avaliação das demandas atuais de uma reforma que retome os princípios e diretrizes defendidos no contexto do processo de redemocratização da sociedade brasileira, nos anos 1980.

Sob esse último aspecto, busca construir um marco teórico-conceitual visando a uma reforma democrática do Estado. Em primeiro lugar, retoma Antonio Gramsci e seu conceito ampliado de Estado, e a discussão de Nicos Poulantzas sobre o Estado como uma relação de forças que faz dele uma expressão condensada da luta de classes em desenvolvimento. Em segundo lugar, desloca o conceito de cidadania do seu marco original liberal, compreendendo-o como um princípio normativo que subordina as práticas sociais aos ditames da solidariedade e integra os indivíduos por meio de laços de igualdade e de respeito aos direitos em uma comunidade política. Por último, considerando a persistência de déficits de cidadania social, no Brasil e no conjunto da América Latina, e seus riscos para a coesão social e para a governabilidade democrática, enfatiza a importância de ampliar o debate sobre o Estado e o seu poder para democratizar, definido como a capacidade de chegar, de maneira universal, a todas as classes sociais, em todo o território.

Diante disso, discute o processo de reconstrução da esfera pública que se verifica na América Latina e identifica a emergência do "sujeito como portador de direitos" ou do "direito a ter direito" como resultado das lutas sociais das últimas três décadas, que têm colocado na agenda pública as questões da inclusão social, da participação em espaços públicos e da redistribuição de poder. Cabe ao Estado um papel decisivo na indução desses processos sociais, na construção de um sentido de pertencimento à esfera pública e na mobilização do capital social, visando a transcender os limites do modelo de democracia representativa, com a incorporação da democracia deliberativa, cuja expressão mais desenvolvida é o orçamento participativo de Porto Alegre. Sem desconhecer as tensões e contradições desse processo, a autora afirma que a reconstrução da esfera pública deve ser identificada como parte da luta pela hegemonia e constituição de um novo bloco no poder, a qual atravessa o Estado e requer novos aparatos, tecnologias e processos de exercício do poder, que inscrevam novas correlações de forças em sua ossatura organizacional.

Para aprofundar essas questões no cenário brasileiro, Sonia Fleury, após um breve histórico da proteção social no país, aborda a transformação do padrão anterior com a construção do novo modelo de seguridade social, que ao agregar previdência, saúde e assistência, introduziu na Constituição Federal de 1988 a noção inédita no Brasil de direitos sociais universais como parte da condição de cidada-

nia. Entretanto, a implantação do SUS e da Seguridade Social se deu em um contexto altamente desfavorável, em que o predomínio do projeto neoliberal colocou inúmeros obstáculos à efetivação dos preceitos constitucionais. A correlação de forças sociais que havia sido responsável pela aprovação do SUS e do conceito de seguridade na Constituição cede lugar, nos anos 1990, a um novo pacto de poder, no qual o Estado passa a ser visto como um obstáculo ao desenvolvimento capitalista, devendo transferir parte de suas atribuições econômicas e sociais às empresas e a organizações comunitárias. No plano das políticas sociais há uma substituição do modelo corporativo, de acesso limitado e fragmentado por setores ocupacionais, por um novo modelo que se baseia na individualização do risco. Para aqueles que podem pagar, esse modelo se expressa na explosão da oferta de seguros sociais nas áreas de saúde e aposentadorias, e para os mais pobres em programas de proteção focalizados. Na luta ideológica pela construção da saúde como um valor público ocorre um retrocesso importante, na medida que a saúde passa a ser vista como um bem de consumo.

Apesar dos avanços e das resistências às tendências de privatização, recentralização, capitalização e focalização, tanto para a Reforma Sanitária como para a seguridade social inconclusa permanecem importantes desafios, colocando na pauta de discussões a necessidade de retomar a perspectiva de difusão da consciência sanitária, como consciência política do direito à saúde. Para a autora, a formação de identidades, a difusão da consciência sanitária e a organização de coalizões sociais em defesa de uma reforma radical é a única maneira de superar os entraves atuais e aprofundar a democratização no setor. Por outro lado, para concretizar o processo de democratização e universalização da proteção social no Brasil, Fleury diz que é necessária a realização de dois movimentos simultâneos: o primeiro em direção à própria universalização, que pressupõe a igualdade, e o segundo em relação à diferenciação, que pressupõe a singularidade, em função das profundas desigualdades sociais no país. Ademais, coloca na ordem do dia a necessidade de retomar a discussão teórica sobre a reforma do Estado, para avançar nas estratégias de transformação das relações de poder e nas formas de gestão mais democráticas e dialógicas de tomada de decisões.

No texto intitulado "Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas", Jairnilson Paim discute os fundamentos da Reforma Sanitária, considerando distintos momentos: 'idéia', 'proposta', 'projeto', 'movimento' e 'processo'. É em torno da compreensão do 'processo' da reforma que o autor centra a sua discussão, tomando como base teórica a filosofia política de Ágnes Heller, da qual destaca quatro

'tipos de práxis': a reforma parcial, a reforma geral, os movimentos revolucionários e a revolução no modo de vida. Apropriando-se da história recente da saúde no Brasil, entendida como um campo de disputa de projetos, Paim dialoga com o pensamento de Heller, ao qual incorpora dois conceitos de Gramsci, revolução passiva e transformismo, propondo tomar a 'idéia', a 'proposta', o 'projeto' e o 'movimento' da Reforma Sanitária como uma reforma social que esteve aliada à questão democrática e à defesa de direitos sociais. Seguindo a dinâmica dos sujeitos políticos coletivos que tiveram papel de destaque nessa história, o autor fortalece a compreensão da Reforma Sanitária como um movimento cuja origem nos remete aos movimentos sociais e à sociedade civil.

Sem reduzir a Reforma Sanitária ao SUS, mas situando-o como uma conquista popular histórica, Paim nos traz os antecedentes do sistema para afirmá-lo como uma das respostas às necessidades de saúde da população, recuperando a importância de conceber a saúde com base em seus determinantes e condicionantes. Especificamente em relação ao SUS, o autor distingue quatro componentes: o financiamento, a gestão, a organização e o modelo de atenção, como caminhos para se argüir sobre os avanços e as perspectivas presentes no título do capítulo. Assim, a respeito do financiamento, o autor nos informa sobre importantes características do gasto em saúde, no Brasil e em outros países, para na análise reiterar o reduzido gasto público como principal problema deste componente do SUS. Em relação à gestão, a preocupação gira em torno da investigação de arranjos institucionais, em particular as fundações estatais, que poderiam viabilizar a garantia do caráter público do SUS, preservando no entanto sua autonomia em relação ao Estado, a governos e a políticos, e tendo como perspectiva uma gestão compartilhada, pensada com base no conceito de Estado ampliado. Sobre a organização, é a dependência ao sistema privado, decorrente de infra-estrutura insuficiente, que ganha destaque, por comprometer a regionalização, a hierarquização e a acessibilidade ao sistema. Quanto ao modelo de atenção, sem negar a manutenção do modelo médico-assistencial privatista, o autor demonstra otimismo com as possibilidades engendradas pela implementação de experiências que combinam tecnologias diversificadas e reconhece no Programa Saúde da Família (PSF) um potencial para colocar em ação processos que efetivem a integralidade e qualidade da atenção.

Considerando a distinção entre o processo e o projeto da Reforma Sanitária brasileira, questiona os avanços no processo, chamando a atenção para o fato de que as mudanças na correlação de forças políticas acarretaram a focalização do componente institucional em detrimento de outros componentes do projeto, ao mesmo

tempo que o movimento social perde espaço e os gestores assumem o protagonismo. Por outro lado, no contexto das políticas neoliberais dos anos 1990 e da presente década, o autor faz duas indagações sobre a Reforma Sanitária brasileira e o SUS. Em suas palavras, "Em que medida projetos dessa natureza podem contornar as determinações estruturais e históricas do Estado e da sociedade no Brasil? De que modo a ação política dos atores pode alargar os horizontes do possível?" Diante da abrangência das questões formuladas, Paim diz que o que está em pauta é a possibilidade de ser retomada, na agenda atual, a "totalidade das mudanças" presentes no 'projeto' da Reforma Sanitária brasileira.

Na conjuntura política atual, o autor destaca os desdobramentos dos planos de saúde do governo Lula e a 13ª CNS, registrando os percursos e percalços enfrentados pelo movimento da Reforma Sanitária na defesa de uma "reforma solidária" na qual a preservação de direitos individuais e coletivos seja orientada pela defesa de "patamares cada vez mais elevados de cidadania". Para Paim, existem na atualidade diferentes projetos em disputa no campo da saúde como o mercantilista, o revisionista e o da Reforma Sanitária, bem como diferentes visões sobre o SUS. Considerando o projeto da reforma, o autor coloca que a defesa dos direitos sociais e da saúde, constitui uma luta contra-hegemônica e a amplitude desse projeto coloca o desafio de ser simultaneamente uma reforma centrada na saúde, uma reforma do Estado e uma reforma da sociedade e da cultura. Enfim, o texto nos traz como questão aliar ao pensamento sobre os avanços, limites e perspectivas da Reforma Sanitária brasileira, as indagações sobre as especificidades do Estado brasileiro, seu caráter privatizado e as relações que se estabelecem entre a produção de saúde e as demais políticas sociais.

O texto "A *démarche* do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008", de Ligia Bahia, é antes de tudo instigante. Ao colocar no centro do debate as relações público-privadas no interior do SUS, o faz a partir das categorias de historicidade, totalidade e contradição. Afastando-se do enfoque que privilegia o debate em torno da regulação do mercado de saúde, propõe reconectar as reflexões produzidas nas décadas de 70 e 80 do século passado sobre as relações público-privadas, que estão na origem da formulação das diretrizes da Reforma Sanitária, com a situação atual, visando a problematizar a presença do privado no SUS e o privado no mercado de planos e seguros de saúde. Em outras palavras, a autora coloca para si o desafio de compreender a dinâmica de renovação das bases de sustentação do componente privado na rede assistencial do SUS na atualidade, superando e incorporando as

análises que atribuem o fenômeno ao subfinanciamento, ao processo de descentralização e à emissão de normas legais do Ministério da Saúde que favorecem (ou não) o setor privado.

Nesse âmbito, inicia problematizando as informações sobre a rede assistencial público-privada pré e pós-SUS, em termos da oferta de serviços e equipamentos, o fenômeno da municipalização, a dupla vinculação público-privada dos estabelecimentos, os repasses de recursos financeiros federais etc., levantando questões que dizem respeito, entre outros, às repercussões políticas decorrentes do reordenamento dos interesses públicos e privados no setor. Registra que, a despeito dos limites das fontes de informações, os dados disponíveis sinalizam para duas mudanças na composição da rede SUS que se iniciam ainda nos anos 1980: o crescimento da capacidade instalada pública e a ampliação do subcomponente filantrópico e decréscimo do contratado. Entretanto, chama a atenção para o fato de que a retração do subcomponente privado-contratado e a expansão dos estabelecimentos filantrópicos, junto com o crescimento do contingente de clientes de planos e seguros privados de saúde, longe de serem fenômenos independentes, estão intimamente articulados e devem ser analisados à luz das contraditórias políticas de saúde que incidiram sobre a reorganização do sistema de saúde na sua totalidade, desde os anos 1980.

Assim, Ligia Bahia discute o contexto que determinou o deslocamento das políticas previdenciárias estatizantes privatizantes, *vis-à-vis* às diretrizes e medidas implementadas para o fortalecimento do segmento público e filantrópico. Tece uma complexa teia de redefinições das articulações entre o público e o privado, e seus desdobramentos nos anos 1990, entre os quais o fortalecimento das entidades de representação das secretarias de Saúde (Conass e Conasems), o deslocamento dos *lobbies* dos empresários da saúde do Executivo para o Legislativo, a reorganização empresarial decorrente do processo de descentralização, a disseminação da idéia de empreendedorismo no sistema público de saúde, conseqüente às formas heterodoxas de contratação de pessoal, e a criação de fundações privadas adotadas por estabelecimentos públicos. Discute ainda as políticas públicas de apoio aos hospitais contratados e filantrópicos, os subsídios à demanda por planos e seguros privados de saúde, implementadas a partir do governo Fernando Henrique Cardoso, as quais, entre outras coisas, estimularam a formação de um circuito que rearticulava a relação público-privada com o sistema financeiro e reintroduziram a segmentação do sistema de saúde com a participação dos setores sindicais, no âmbito das negociações coletivas de trabalho. No governo Lula, apesar do discurso da

"irrelevância do privado", o que se verifica é a expansão do mercado dos planos privados de saúde, que paradoxalmente se expressa na política de universalização destes para os servidores civis da União.

Segundo a autora, o fio condutor mais adequado para reequacionar as interrogações e as análises sobre as relações entre o público e o privado na área de saúde é o exame das políticas públicas de apoio e fortalecimento do privado na rede SUS, ou, do forte imbricamento Estado-mercado de saúde que se intensificou e se diversificou em nome do direito universal à saúde, nos anos 1990. A análise verifica que o privado "não está fora do SUS", ele o integra, que a idéia de autonomia do mercado de planos e seguros privados de saúde é irreal e que o processo de democratização não favoreceu a redução da discriminação e privilégios na saúde. Para Ligia Bahia, estamos diante de um SUS polissêmico e não de um SUS dual; não existe um SUS e uma saúde 'suplementar', pois os padrões de relações entre público-privado que estruturam e dinamizam o SUS não são exclusivos e mantêm inúmeras interfaces com aquelas incidentes no mercado de planos e seguros de saúde. A autora encerra convidando-nos a fazer um brinde aos vinte anos do sistema, na perspectiva das alianças políticas em torno do SUS universal, à efetivação do direito à vida, e não aos arranjos de interesses particulares que o inviabilizam.

Em "A democracia retórica: expropriação, convencimento e coerção", a historiadora Virginia Fontes analisa a longa e complexa transformação no Brasil sob regime representativo (democrático), que, partindo de intensas lutas populares nos anos 1980, culminou com uma nova modalidade de empreitamento do trabalho no século XXI. Nesse caminho, a autora reflete sobre as transformações nas condições políticas e econômicas no Brasil – sem perder de vista as relações de dependência e do movimento do imperialismo –, no período dos governos Collor, FHC e Lula, em que o eixo 'democrático e popular', predominante na década de 1980 e conquistado pela classe trabalhadora, é desarticulado. A benévola militância mercantil-filantrópica que se amplia nos anos 1980 desdobra-se nos anos 1990 e início do século XXI, auxiliando na conversão de determinadas organizações sociais ao ideário da 'inclusão cidadã', de acordo com o requerido pelo movimento de expansão do capital.

Ressaltando diferenças e continuidades nos períodos FHC e Lula, no âmbito do movimento característico da dinâmica capitalista, o estudo parte de hipóteses centrais cuja premissa é que o impulso da concentração do capital financeiro e a sua implementação se dão mediante a produção de consenso e da coerção. Isso está na base da expansão da sociedade civil, ao mesmo tempo que age sobre as entidades que dela fazem parte, muitas das quais derivadas das lutas sindicais e populares.

Suas hipóteses são que a compreensão do fenômeno social brasileiro contemporâneo está ligada a um impulso de concentração de capitais (financeirização) internos, respaldados em aparelhos privados de hegemonia, como as instituições patronais, e no capital monopolista (mesmo se associado ao capital internacional), bem como externos, sob a égide das imposições das agências internacionais; e que a essa concentração de capitais corresponde uma modalidade específica de expansão das relações sociais capitalistas e uma reconfiguração da classe trabalhadora.

A autora reflete sobre a construção social do sentido presente em termos como concertação, "democracia reduzida à capacidade gerencial", empreendedorismo, trabalho voluntário, entendendo-os como emblemáticos do movimento histórico e político do capitalismo brasileiro contemporâneo. Diríamos, junto com outros, que essas "concepções" são "prosas" do capital (parafraseando Marx, ao afirmar a ideologia como prosa do capitalismo) a respeito das condições de produção da existência humana.

Compartilhando da noção de que o abandono da categoria classe social por parte significativa dos movimentos sindicais-populares e por intelectuais orgânicos desses movimentos contribuiu para o esfacelamento da ação política dos trabalhadores e para o enfraquecimento da resistência dos trabalhadores às diversas formas de produção de consenso, Virginia Fontes ressalta que o tema da sociedade civil, desde a década de 1990, sofre um esvaziamento do ímpeto socializante que continha. O que se verifica é a subalternização de uma miríade de entidades ao predomínio das fundações e associações empresariais 'sem fins lucrativos', através da responsabilidade social empresarial.

Compreendendo a sociedade civil como lugar de tensões entre classes sociais traduzidas em projetos de sociedade, portanto, em modo de produção da existência humana, a autora lembra o marxista italiano Gramsci, para quem "os aparelhos privados de hegemonia não se definem unicamente pela vontade de transformação (ou de conservação), mas pelos laços orgânicos que os ligam às classes sociais fundamentais".

O texto traz reflexões a respeito das transformações ocorridas nos últimos vinte anos nos aparelhos privados hegemônicos (sob a égide da dinâmica do capitalismo). Idéias e análises que dialogam com qualificadas produções teóricas, nas quais a autora tem significativa participação. A abordagem teórico-metodológica utilizada pela autora, ao ressaltar as contradições e ao articular expropriação, produção de consenso e coerção em questões que buscam explicitar a dinâmica do capital hoje, fornece elementos conceituais para elucidações nos campos da saúde

e da educação, principalmente para o desvelamento dessa dinâmica em políticas e estratégias das referidas áreas.

Nelson Rodrigues dos Santos organizou seu texto “Democracia e participação da sociedade em saúde” em quatro tópicos: mecanismos de gestão, controle, regulação e pactuação social em saúde; gestão democrática em saúde; participação e controle social no SUS; a relação entre formação de conselheiros de saúde e participação social. Para o autor, a participação em saúde é o processo de apropriação, pela sociedade, das diretrizes e mecanismos básicos do financiamento e da gestão em saúde, das suas vigas mestras e dos interesses em jogo, com vistas a dar ferramentas para a formulação de políticas e para o controle social. Assim, ele discute os modelos de saúde em disputa – um baseado nas necessidades e direitos da população e outro nos interesses da oferta de serviços – desde os anos 1990, nos marcos da agenda neoliberal, e seu impacto sobre o setor Saúde. O subfinanciamento do SUS, o estabelecimento de tetos financeiros estaduais e municipais, a lentidão na implementação da regionalização em forma de redes de cuidados integrais, a manutenção da modalidade do pagamento por produção dos procedimentos de média e alta complexidade, e o financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde por meio da dedução do Imposto de Renda, por exemplo, são alguns dos aspectos, enumerados pelo autor, que inibiram a construção efetiva do SUS e impediram a superação do modelo baseado na oferta.

Por outro lado, Nelson dos Santos considera que, apesar dos avanços do SUS e da resistência ao seu desmonte, o processo de participação sofreu retrocesso, principalmente a partir da segunda metade dos anos 1990, com a hegemonia assumida pelo sistema financeiro nacional e internacional, a reforma do Estado e o sindicalismo de resultados. Nessa conjuntura, a politização com respeito à consciência das necessidades, da precedência dos direitos sociais e coletivos, e da real possibilidade de que o Estado democrático, junto com a sociedade mobilizada, formule e realize a construção da universalidade com integralidade e igualdade na saúde, cede espaço às aspirações de ascensão social e satisfação de direitos e interesses com base no ideário do corporativismo, individualismo e consumismo no mercado da saúde, aceitos de forma generalizada. A conseqüência desse processo, segundo sua avaliação, é que a correlação de forças sociais e políticas, assim como a relação entre a sociedade civil e suas entidades representativas nas conferências e nos conselhos de saúde avançam menos na linha da democratização do Estado e da satisfação dos direitos sociais de cidadania, e mais na linha da fragmentação dos direitos e dos pleitos em vários corporativismos no seio da sociedade. Em suas palavras,

"a democracia política reconquistada após a ditadura pouco transitou para a democracia socioeconômica, a democracia representativa não cedeu espaço para a democracia participativa e o processo de democratização do Estado não avançou".

Para o processo de participação em saúde avançar, sinaliza o autor, é necessário enfrentar esses desafios, particularmente considerando as atribuições legais das conferências de saúde – avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação de política de saúde –, e dos conselhos de saúde – atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde –, bem como retomar a politização e a mobilização social com vistas à acumulação de forças para superar a lógica de mercado pela lógica das necessidades e direitos da população usuária do SUS. Nessa direção, Nelson dos Santos afirma que para recuperar a força e o papel da gestão colegiada e outras formas de gestão participativa, é imprescindível a mobilização e atuação permanente dos movimentos sociais perante os poderes Executivo e Legislativo, o Ministério Público e o Judiciário, dado que a política de saúde é determinada também por políticas de governo que extrapolam o seu âmbito. Da mesma forma, é necessário apoiar os conselheiros de saúde, incorporando na sua formação os saberes próprios, com viés estratégico para, de um lado, identificar os desvios estruturais na gestão do SUS e na atenção à saúde da população e, por outro lado, fornecer ferramentas de lutas para a construção de novas estruturas na gestão.

O texto de Sergio Lessa, "Trabalho e sujeito revolucionário: a classe operária", está organizado em dois blocos de argumentações. No primeiro, registra que estamos vivenciando um novo patamar de reprodução do capital definido por Mészáros como "produção destrutiva", ou seja, uma produção que gera mais-valia às custas da sua própria destruição e da humanidade, expressão da contradição entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais burguesas, e que chega na atualidade aos seus "limites absolutos". Sob esse aspecto, chama a atenção para o fato de que não se deve confundir o desenvolvimento das forças produtivas com o desenvolvimento da tecnologia; trata-se, isso sim, da capacidade humana de produzir a si própria como gênero que se eleva a patamares superiores de sociabilidade. Entretanto, sob a regência do capital, nunca a humanidade produziu tanta riqueza e concomitantemente gerou tanta miséria e exploração de camadas crescentes da população. Contraditoriamente, as alternativas se tornaram tão estreitas para a continuidade da acumulação capitalista que para produzir é preciso devorar a própria "ordem burguesa" pela destruição do trabalho vivo que é o seu fundamento ontológico.

Lessa faz uma análise arguta dessa tendência e da crise estrutural do Estado de bem-estar, que, segundo ele, foi decisivo para o desarme político e ideológico e a redução da capacidade de resistência dos trabalhadores aos processos alienantes do capital, assim como para as novas condições de controle e exploração e para a promoção do individualismo pós-moderno que emergem com o ocaso do fordismo. Esse chão histórico, para o autor, explica a ausência da classe operária como antagonista do capital, ao mesmo tempo que contribui para a manutenção da perda da identidade de classe do proletariado. Esta é a primeira questão que determina a complexidade do momento atual, a ausência do antagonista do capital que ontologicamente continua sendo. A segunda é a coincidência de um período contra-revolucionário, isto é, um período no qual os conflitos evoluem no sentido da absorção pelo sistema do capital, e não no da sua ruptura, com o início da crise estrutural do capital. É nesse contexto que ocorre o anúncio do fim do trabalho e da classe operária.

Esse último aspecto abre o segundo bloco de argumentação. Com base na análise de diversos estudos produzidos no período 1960-2000 (Sergio Mallet, 1963; Harry Braverman, 1981; André Gorz, 1978; Piore & Sabel, 1984; Ota Sik, 1977; Adam Schaff, 1990; Jean Lojkine, 1995; Antonio Negri, 1991; Maurizio Lazzarato; 1993; Michael Hardt, 1994; e Giusepe Cocco, 2000), o autor conclui que, apesar das diferenças de abordagem e de tempo histórico, todos postulam a tese de que o desenvolvimento das novas tecnologias conduziria para além do capital. Conseqüentemente, as classes sociais estariam em vias de alterações essenciais ou mesmo de desaparecimento, em função da identificação entre o proletariado e o conjunto dos trabalhadores assalariados, da fusão ou imbricação do trabalho produtivo com o improdutivo, da superação da divisão entre trabalho manual e intelectual, da compatibilidade entre socialismo e mercado, da democratização das informações e da emergência do trabalho imaterial. Em síntese, as análises realizadas nesses estudos, segundo o autor, transmitem a idéia de que a passagem do fordismo ao toyotismo e a emergência da sociedade do conhecimento e da informação estaria cancelando o fundamento ontológico do proletariado como classe social e, por extensão, do trabalho como categoria social fundante do ser social.

A partir daí, baseado em Marx e Lukács, o autor vai discutir as categorias trabalho e trabalho abstrato, trabalho produtivo e improdutivo, e, com base nelas, o trabalhador coletivo, a relação do proletariado com o trabalhador produtivo não proletário e o conjunto dos trabalhadores assalariados, assim como as classes sociais. Nesse debate, particularmente, polemiza e convida à discussão sobre o trabalho em

saúde e o trabalho escolar como práxis de trabalho, sobre a delimitação do trabalhador coletivo e a perspectiva revolucionária do proletariado.

O texto de Ruben Mattos, "Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas a partir da defesa de alguns valores", fundamenta-se na mesma linha epistemológica e teórica que vem marcando a produção do autor há algum tempo, baseada na concepção de reflexão crítica de Boaventura Santos, que supõe uma visada sobre as possibilidades de transformação que toda realidade encerra. O texto analisa as estratégias de transformação do trabalho e da formação em saúde por meio da prática social do cuidado, prática esta que envolve relações de poder e de emancipação.

Para alimentar essas reflexões, Mattos apresenta dois posicionamentos iniciais: a dissociação entre objetividade do conhecimento e neutralidade e a superação da dicotomia entre estrutura e ação. A primeira dessas implicações significa admitir que o conhecimento é uma produção social legítima e que pode e deve ser influenciada por posições *a priori*, mas que, todavia, rejeita a visão de que o conhecimento científico resulta necessariamente nas melhores formas de intervir no mundo. Nessa perspectiva, a objetividade decorre de uma postura de rigor e honestidade dos métodos de construção de conhecimento, da explicitação dos posicionamentos ético-políticos que subjazem à construção do conhecimento e da não-reprodução de análises que sejam 'pré-conceitos'. É a rejeição da identificação entre objetividade e neutralidade que permite ao processo de conhecimento objetivar a transformação da realidade.

Quanto à clássica oposição entre estruturalistas e agencialistas, e entre análises macro e microssociais, o autor chama a atenção para os riscos de se adotar exclusivamente um ou outro posicionamento – a resignação, a fixação das estratégias de ação, a recusa ao diálogo, a desresponsabilização e o voluntarismo – e apresenta, com base na teoria da estruturação de Giddens, a proposta de superação desse dualismo em favor de uma dualidade, pois as estruturas não são externas aos indivíduos, mas sim sistemas sociais recursivamente produtores e reproduzidos no cotidiano, e que o agenciamento humano readquire, então, a possibilidade de uma inserção transformadora da ação e das estruturas.

Usando as produções de Giddens e Boaventura Santos como ferramentas, o autor analisa três características do trabalho e da formação em saúde designadas como estruturais: a medicalização da sociedade, a racionalidade médica e os processos de acumulação do capital no setor Saúde. Com isso, o texto problematiza as relações de poder no âmbito do ensino-aprendizagem e do trabalho em saúde na perspectiva do estabelecimento de relações emancipatórias.

O autor ilustra suas reflexões resgatando a historicidade, por exemplo, da política de aleitamento materno, da constituição da saúde pública no Brasil, entre outros aspectos, recorrendo sempre à dimensão dos encontros entre pessoas portadoras de conhecimentos específicos, apontando para a referida dualidade.

No seio mesmo das relações de cuidado permeadas pela medicalização, pela racionalidade médica e pela acumulação de capital no setor Saúde, é possível para o autor (ao considerar que é o sofrimento manifesto que deve orientar o trabalho em saúde) reorientar no cotidiano as práticas de cuidado em direção a relações emancipatórias. Com isso, reafirma seu compromisso com uma luta que "envolve a adoção de uma perspectiva ético-política como orientadora do trabalho em saúde e do ensino das profissões de saúde".

Em "A política educacional brasileira na 'sociedade do conhecimento'", Lúcia Neves, ao discutir o fenômeno educativo na dupla perspectiva da educação política e da educação escolar, apresenta algumas explicações para a rápida consolidação e estabilização da hegemonia do projeto mundial burguês de sociedade e de sociabilidade no atual contexto brasileiro, procurando entender, nesse processo, a natureza das reformas de educação escolar que se iniciaram em nosso país no final do século XX.

Na perspectiva de educação política, salienta algumas características de uma nova pedagogia da hegemonia para o século XXI e de um novo intelectual urbano, organizador do consentimento ativo do conjunto da população brasileira, bem como algumas estratégias utilizadas para a formação de um novo homem coletivo. Na perspectiva da educação escolar, apresenta algumas características do projeto de massificação escolar em sua interface com a política de ciência e tecnologia, particularmente nos países de capitalismo dependente.

Consubstanciada em estratégias de legitimação social do capital pós-Consenso de Washington, a nova pedagogia da hegemonia vem permitindo a viabilização de um processo de mudança no padrão de politização das sociedades contemporâneas e contribuindo para viabilizar a metamorfose do Estado de bem-estar para a sociedade do bem-estar, que tem na formatação de um Estado gerencial e de uma nova sociedade civil ativa, sem antagonismos de classes, seus pilares fundamentais.

Com base nas reflexões de Gramsci, a autora ressalta a importância da formação de intelectuais urbanos de novo tipo na implementação dessa nova pedagogia da hegemonia, destacando dois ingredientes: 1) o incremento de sua 'capacitação técnica', com vistas a contribuir com o aumento da produtividade e a competitividade capitalista no atual estágio do seu desenvolvimento e, concomitantemente,

2) uma nova 'capacidade dirigente', que o prepare para a instauração de uma nova cultura cívica que contribua para a obtenção do consenso da maioria da população em torno do receituário neoliberal ortodoxo ou reformista. O novo intelectual urbano assume a importante tarefa político-ideológica de formar um novo homem coletivo que seja simultaneamente um cidadão empreendedor, do ponto de vista econômico, e um cidadão colaborador do ponto de vista ético-político. Nesse processo, tem papel fundamental a difusão, pelo Estado, da ideologia da responsabilidade social. Para a autora, esta ideologia realiza, de fato, uma profunda reforma intelectual e moral do homem coletivo contemporâneo, com vistas a perpetuar, sob nova roupagem, a dominação burguesa no século XXI.

Todo esse processo de reeducação político-ideológica é complementado na escola pela implementação de um projeto educacional de massificação da educação, viabilizado pela implantação de sistemas diferenciados e hierarquizados de organização educacional e pedagógica. Essa proposta, disseminada pelos organismos internacionais para a periferia do capitalismo e assimilada rapidamente pelos governos brasileiros, parte da constatação de que as sociedades contemporâneas concluíram seu processo de transição econômica, político-ideológica e cultural e se encontram em um novo estágio de desenvolvimento: as chamadas sociedades do conhecimento. A massificação da educação escolar, ao mesmo tempo que amplia a submissão dos objetivos educacionais aos interesses empresariais, por sua imensa diferenciação horizontal e vertical, sedimenta uma tendência a apagar gradativamente os limites existentes entre os vários níveis, ramos e modalidades de ensino, e uma tendência antidemocrática de instauração de qualidades hierarquizadas de ensino.

Para a autora, a estruturação hierarquizada da educação escolar na 'sociedade do conhecimento' se espelha nas diretrizes políticas para a ciência e tecnologia dos países de capitalismo dependente. Baseados na constatação de que as sociedades 'em desenvolvimento' devem criar atalhos para contornar a histórica tendência a perpetuar a defasagem nas condições materiais para criar conhecimento, os organismos internacionais e os governos brasileiros na atualidade propõem a aquisição de conhecimentos produzidos em países 'desenvolvidos' associada ao esforço tecnológico local de busca de tecnologias mais apropriadas e de escolha, absorção e adaptação do conhecimento global disponível.

Esse conjunto de diretrizes educacionais e de desenvolvimento científico e tecnológico certamente perpassarão, de alguma forma, a curto e a médio prazos, a formação das próximas gerações de brasileiros e, de modo mais específico, do conjunto dos profissionais da saúde.

"A educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade", de Isabel Brasil, é organizado em quatro itens, nos quais a autora investiga, à luz das diretrizes mundiais acerca do modo de viver e de educar para o trabalho na contemporaneidade, os aspectos relacionados à formação de trabalhadores da área da saúde.

Embora não esteja explícito no título, o texto de Isabel Brasil lança discussão também sobre uma educação profissional em saúde voltada para a emancipação das relações de exploração e dominação características do momento histórico por que passam atualmente o Brasil e a maioria dos países.

A perspectiva teórico-metodológica que orienta a autora é o materialismo histórico-dialético, e os conceitos que a norteiam são 'trabalho', 'educação' e 'saúde', entendidos na relação que podem assumir entre si no projeto societário capitalista neoliberal hegemônico e na construção de um projeto democrático radical de sociedade.

No primeiro item, 'A expressão atual do capitalismo e o trabalho em saúde hoje', a autora apresenta o cenário sociopolítico de implementação do modelo neoliberal de Estado no Brasil, a partir do Consenso de Washington, e os impactos causados por esse modelo nas condições de vida, trabalho e saúde da maioria da população. Apresenta os principais encaminhamentos dos organismos internacionais ligados ao grande capital diante da devastação social causada pelo Consenso de Washington, entre eles a diretriz acerca do investimento em educação como meio de aliviar a pobreza generalizada.

O segundo item trata da 'Relação público-privada na saúde: a produtividade da produção imaterial'. Para a estabilidade do modo capitalista de existência, tem sido fundamental a formação de um consenso acerca das qualidades do setor privado, em detrimento do público. No campo da saúde, vem sendo implementada a formação de uma nova cultura que valoriza o modelo gerencial e produtivista, baseado nas parcerias entre o setor público e o privado, com vistas a manter a ordem capitalista.

O terceiro item discute 'A lógica da (de)formação humana como capital: o capital humano e a empregabilidade na saúde'. A reedição da teoria do capital humano é aqui tematizada. A autora explicita como, na fase atual do capitalismo, essa teoria ganha caráter ainda mais perverso do ponto de vista da emancipação humana das relações de dominação e exploração. No que tange à saúde, a teoria do capital humano reeditada se expressa nos programas de formação profissional aligeirados, feitos mediante parcerias público-privadas.

O quarto item, 'Em busca das possibilidades de uma educação dos trabalhadores da saúde como resistência', apresenta elementos para a construção de uma educação profissional crítica em saúde. Para a autora, a formação política ampla dos trabalhadores do SUS articulada à formação técnica é uma importante contribuição que uma escola profissional de saúde pode dar à sociedade brasileira. Esse projeto educacional deve visar à preparação de profissionais competentes e conscientes de seu papel social na produção de condições adequadas de trabalho no seu cotidiano, na relação com outros profissionais e diante das diretrizes emanadas dos órgãos de direção e coordenação de suas atividades, bem como ao seu engajamento na consolidação de um modelo de saúde articulado a um modelo de sociedade com democracia substantiva.

O texto finaliza retomando a questão: investir em educação profissional em saúde é consenso, mas se trata de uma educação para a adaptação ou para a emancipação? Para ser coerente com os princípios do SUS, é urgente revelar as contradições de uma sociedade ditada por padrões privados de gerenciamento do setor público, e buscar caminhos para a construção de propostas que as superem.

Em diferentes perspectivas, os autores reunidos neste volume tematizam a saúde e a educação como práticas sociais que devem ser compreendidas com base nas relações que mantêm com as dimensões política, econômica, social e cultural; em síntese, com a totalidade social da qual emergem. E enfatizam o papel estratégico da escola na reprodução ou na ruptura das condições de subalternização da sociedade brasileira, ao mesmo tempo que para a sedimentação ou a contestação de um projeto que reproduz e aprofunda a segmentação do SUS.

A abrangência e a profundidade do tratamento dado às diferentes dimensões que envolvem essas práticas sociais devem apoiar os esforços de todos aqueles que lutam por um país mais justo e soberano. Queremos agradecer aos autores que gentilmente acolheram a nossa proposta e aos companheiros de trabalho que direta e indiretamente contribuíram para a realização desta coletânea que agora chega a público.

Os organizadores

Introdução

Gustavo Corrêa Matta
Júlio César França Lima

A Reforma Sanitária brasileira foi concebida simultaneamente como uma bandeira específica do setor Saúde e como parte de uma 'totalidade de mudanças' (Arouca, 1988). No primeiro sentido, diz respeito ao reconhecimento da dinâmica do fenômeno saúde-doença nas sociedades expressa nos indicadores de saúde e do conjunto de instituições que atuam no setor em sua articulação com o Estado, assim como à produção de medicamentos, equipamentos e à formação dos trabalhadores de saúde. O segundo sentido introduz a dimensão ideológica, na qual se disputam concepções, valores e práticas, e a dimensão das relações existentes entre a saúde e economia, saúde e trabalho, saúde e educação, salário, habitação, saneamento, transporte, terra, meio ambiente, lazer, liberdade e paz. Essa concepção ampliada de saúde define um processo no qual a própria doença não é mais reduzida ao corpo biológico, na medida que inclui o corpo socialmente investido, ou a necessidade de verificar como o corpo do homem se dispõe em sociedade antes de tudo como agente de trabalho, pelo fato de o trabalho definir o sentido e o lugar dos indivíduos na sociedade (Donnangelo, 1976).

Originalmente, portanto, o projeto da Reforma Sanitária está imbricado com a perspectiva de reforma social, com a construção de um Estado democrático, para além de uma reforma setorial. Não bastava superar, entre outros, o intenso processo de privatização capitaneado pela medicina previdenciária, a dicotomia curativo-preventivo e o corporativismo na saúde, que caracterizava o modelo

anterior. Aliado à reestruturação institucional e do processo de trabalho, a partir da redefinição do modelo assistencial, eram necessárias mudanças no conteúdo e na forma de pensar e fazer saúde, que se expressa na ampliação do conceito de saúde, e avançar a consciência sanitária acerca dos problemas de saúde, suas causas e as lutas por sua transformação.

Esse arcabouço conceitual e operacional está na base da diretriz que define a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS), assim como da mudança na formação profissional em saúde, entendida como uma condição necessária, mas não suficiente, para a transformação das relações de trabalho, da prestação de serviços à população e para a própria participação do trabalhador no planejamento e avaliação das ações dos serviços de saúde. Com vistas a superar o caráter alienado da escola e do trabalho em saúde no que diz respeito aos determinantes sociais do processo saúde-doença e da organização do setor, propõe-se o aprofundamento da estratégia de integração ensino-serviço, que a formação alie a dimensão técnica e a dimensão política, e a construção de um novo compromisso ético-político dos trabalhadores da saúde pautado na questão democrática, na relação solidária com a população, na defesa do serviço público e da dignidade humana.

Esse debate na saúde é contemporâneo ao que ocorre no GT Trabalho-Educação da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (Anped), desde o início dos anos 1980, acerca da formação profissional dos trabalhadores técnicos e da natureza do ensino de segundo grau – atual ensino médio – em nossa sociedade (Frigotto, 1986; Kuenzer, 1987). Ao contrário da idéia de uma relação direta e imediata entre a escola e o mundo do trabalho – idéia-força da teoria do 'capital humano' – e de que a profissionalização compulsória desse grau de ensino determinada pela Lei n. 5.692/71, depois abolida pelo Parecer CFE 76/75, superava o seu histórico movimento pendular – ora valoriza a dimensão técnica ou tecnicista, ora valoriza a dimensão propedêutica ou acadêmica –, os estudos da área trabalho-educação evidenciam que aquela relação é indireta e imediata, que a superação do movimento pendular passa pela compreensão do caráter processual, relativo, dinâmico e histórico do conhecimento e que a atividade prática dos homens é um lócus fundamental na produção desses conhecimentos.

Desse ponto de vista, a articulação trabalho-educação, em discussão no setor educacional, e a estratégia de integração ensino-serviço, proposta pelo setor Saúde, se potencializam, já que ambas têm como referência a práxis do trabalho, o que significa que se o papel da educação é a formação do homem, é no trabalho e nas relações sociais por ele engendrada que aquele se constitui, cria a realidade e produz conhecimentos sistematizados pela escola. O antigo segundo grau, nesse sentido,

deveria garantir a explicitação da relação entre ciência e processo produtivo, a compreensão da relação entre tecnologias e os saberes das ciências naturais, humanas e sociais, sem reduzi-las aos componentes que formem exclusivamente para o trabalho (Saviani, 2002).

O debate travado na década de 1980, sobre a possibilidade de superação da dualidade entre cultura geral e cultura técnica, introduziu na história da educação brasileira o conceito de politecnia, não como o domínio de uma multiplicidade de técnicas fragmentárias, mas como o domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que presidem o processo de trabalho produtivo moderno.

Trabalho, educação e saúde articulam-se, assim, no bojo dessa intensa discussão que ocorre nos marcos do processo de redemocratização da sociedade brasileira e do processo constituinte nos anos 1980, dando origem às duas matrizes de formação profissional em saúde no interior do setor público. A primeira, tributária da experiência do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal do Ministério da Saúde (PPREPS/MS), desenvolvido na segunda metade da década de 1970, organiza-se em torno da estratégia de integração ensino-serviço originando o Projeto Larga Escala, responsável pela institucionalização da formação profissional em saúde no âmbito das secretarias estaduais de Saúde, com atuação dirigida fundamentalmente para a qualificação do grande contingente de trabalhadores sem formação profissional nos serviços de saúde. A segunda, tributária das discussões em torno da reestruturação da formação profissional em saúde em Cuba e Nicarágua (Cebes, 1984; Márquez & Ochoa, 2006) e da produção intelectual da área trabalho-educação no país, organiza-se em torno da proposta de educação politécnica de ensino, com atuação voltada para a integração da formação geral com a formação profissional em saúde. Para ambas as matrizes se coloca, a partir de então, o duplo desafio de superar uma visão abstrata e biologicista do processo saúde-doença e de articular a formação dos trabalhadores técnicos com o processo de trabalho em saúde.

Portanto, a década de 1980, considerada por vários autores uma década perdida em razão da recessão econômica que se abate sobre o país, da falência de inúmeros planos de estabilização e da perspectiva de hiperinflação, não o é para a sociedade civil, que se torna forte e articulada no processo de reconstrução democrática (Coutinho, 2006). Isso permitiu sedimentar referências fundamentais para a construção e operacionalização do SUS na Constituição brasileira, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19/09/1990) e, logo depois, a lei que estabelece a participação popular no SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Lei n. 8.142, de 28/12/1990).

Entretanto, a aprovação dessas leis já ocorre sob um clima de acirrada luta entre as forças políticas da Reforma Sanitária e a doutrina neoliberal que, após o Consenso de Washington, em 1989, começa a se afirmar e fincar raízes no país com a eleição do governo Collor, se consolida no governo Fernando Henrique Cardoso e tem continuidade no governo Lula da Silva (Paulani *apud* Lima & Neves, 2006). O caminho imposto para o Brasil, assim como para o conjunto dos países latino-americanos, para a renegociação da dívida externa ou para conseguir empréstimos no sistema financeiro internacional foi a adesão às políticas de corte neoliberal que, paralelamente ao avanço do processo de globalização e da mudança do padrão de acumulação capitalista, passa a funcionar sob o imperativo da mundialização financeira.

Para essa doutrina, o suposto gigantismo do Estado com sua intervenção na economia, bem como os direitos sociais e trabalhistas que esse tipo de atuação havia conferido aos trabalhadores eram os principais responsáveis pela crise de estagnação e da inflação que os países então experimentavam. Buscava-se assim sedimentar a crença nas virtudes do mercado cujas graças seriam alcançadas pela interferência mínima de um Estado que, ao contrário de ser fraco, deveria ser forte o suficiente para garantir as regras do jogo capitalista, pelo controle dos gastos estatais e da inflação, pela privatização das empresas estatais e pela abertura completa da economia. No que tange às políticas públicas em geral e especialmente às políticas sociais, a lógica neoliberal defende a redução do gasto social junto com a ampliação da privatização da área de serviços, sob a alegada perspectiva de racionalização dos custos e do aumento da eficiência. As políticas sociais, nesse sentido, deveriam desempenhar papel compensatório e focalizar basicamente os setores mais pobres da população. Na área da saúde, essas orientações foram explicitadas pela primeira vez pelo Banco Mundial, em 1987, com o documento "Financing health services: an agenda for reform", depois em 1993, por meio do "Informe sobre el desarollo mundial: investir en salud", e em 1995, com o texto "A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90". No plano internacional, a difusão das idéias do Banco Mundial sobre as políticas de saúde produziu o realinhamento dos atores e instituições da arena internacional da saúde, questionando o mandato de organismos tradicionais no setor, como o sistema Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/OPS).

Dessa forma, nos anos 1990 o setor saúde no Brasil passa a enfrentar uma contradição central entre a clara dominância do projeto neoliberal e a organização de um sistema de saúde baseado legalmente nos princípios de universalidade,

eqüidade e integralidade, com uma clara direção de reforço do setor público, e não do mercado. Uma conjuntura plena de tensões e resistências ao desmonte do SUS, por parte daqueles que lutam por uma perspectiva contra-hegemônica no plano social e político-institucional. Entre as lutas, pode-se enumerar a ampliação da cobertura populacional do setor público, a inclusão de diferentes profissionais não-médicos na atenção à saúde, a progressiva 'desmanicomização' da saúde mental no país, o reconhecimento da atenção primária como estratégia-base para a reorientação do modelo de saúde pautado na integralidade das ações e a criação de formas de gestão do sistema de saúde mais próximas das necessidades de saúde das populações.

Entretanto, essa conjuntura encontrou terreno propício para a difusão das orientações normativas dos organismos internacionais com a adesão das elites nacionais às teses neoliberais, inclusive no interior do setor Saúde (Costa, 1996). Antes de serem decorrência de mera imposição, essas teses vão sendo assimiladas pelos especialistas em políticas de saúde, que ao articularem a reforma do Estado e a orientação para o mercado com as temáticas do combate à pobreza e a efetividade dos programas de proteção social, vão produzindo argumentos e ações/estratégias políticas para o fim e/ou adequação das engenharias universalistas de caráter público e a sua contraface: a expansão das organizações não governamentais na área de saúde e a gestão privada do público, entre outros.

No setor educacional, por outro lado, a educação profissional foi submetida inicialmente à reforma estrutural com o Decreto n. 2.208/1997, que a desvincula do ensino médio e passa a tratá-la como um subsistema de ensino independente e complementar à educação básica, restabelecendo em outros termos o dualismo educacional. Após a reforma estrutural, as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional (Parecer CEB n. 16/99 e Resolução n. 04/99) definem a reforma conceitual, baseada na noção de competências, seguindo a lógica das Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médio, regulamentadas anteriormente (Parecer CEB n. 15/98 e Resolução n. 03/98). Uma noção marcada política e ideologicamente por sua origem – o mundo dos negócios, que se difunde associado à generalização das modernas formas de produção industrial denominada 'especialização flexível' e que, com base no conceito de empregabilidade, busca adaptar os trabalhadores às instáveis condições sociais e profissionais que marcam esse período de ajuste estrutural orientado para o mercado, requerido pelo capitalismo contemporâneo. No primeiro governo Lula da Silva, sob o embate de diferentes forças sociais, revoga-se o Decreto n. 2.208/1997 com a aprovação do Decreto n. 5.154/2004, que restabelece a integração do ensino médio com a educação

profissional como condição social e histórica necessária para a construção de uma formação básica unitária e politécnica.

Esse arcabouço conceitual está na base da organização deste livro, que ao articular trabalho, educação e saúde na perspectiva da 'totalidade de mudanças', busca fortalecer o campo da educação profissional em saúde com base em uma análise histórica destes vinte anos do SUS constitucional, suas contradições e desafios. A disputa de idéias e projetos que os textos reunidos neste volume fazem emergir é parte da luta cotidiana de todos aqueles que, como intelectuais e trabalhadores da saúde e da educação, têm o compromisso com a construção de uma sociedade mais justa e democrática, e de um sistema público de saúde e educação para todos e todas.

Referências

AROUCA, S. A Reforma Sanitária brasileira. *Tema. Radis*, 11: 2-4, nov. 1988.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). *Saúde e Revolução: Cuba*. Rio de Janeiro: Cebes, Achiamé, 1984.

COSTA, N. R. O Banco Mundial e a política social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: COSTA, N. R. & RIBEIRO, J. M. (Orgs.) *Política de Saúde e Inovação Institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: SDE/Ensp/Fiocruz, 1996.

COUTINHO, C. N. O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, J. C. F. & NEVES, L. M. (Orgs.) *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2006.

DONNANGELO, M. C F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FRIGOTTO, G. *A Produtividade da Escola Improdutiva*. São Paulo: Cortez, 1986.

KUENZER, A. *Educação e Trabalho no Brasil*. Brasília: Inep, 1987.

MÁRQUEZ, M. & OCHOA, F. R. *Sergio Arouca: su comprometida labor internacionalista*. La Habana: Editora Palacio de Convenciones, 2006.

PAULANI, L. M. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, J. C. F. & NEVES, L. M. W. *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2006.

SAVIANI, D. O choque teórico da politecnia. *Trabalho, Educação e Saúde*, 1(1): 131-152, 2002.

PARTE I

Estado, Políticas Sociais e Saúde

1

Notas sobre a Globalização Neoliberal

Emir Sader

De tanto ser mencionada, a globalização tornou-se um termo vulgarizado, aparentemente perdendo conteúdo, de tal maneira fica a impressão de que haveria um consenso em torno do seu entorno inevitável. Em princípio ninguém negaria que o comércio internacional foi acelerado de forma exponencial; que os Estados perderam a capacidade de controlar suas economias; que se tornaram mais fracos diante dos mercados; que grandes blocos integrados passaram a ocupar o cenário econômico internacional, no lugar das economias nacionais; que os capitais se deslocam para os territórios mais recônditos do mundo; que os capitais financeiros adquiriram uma velocidade de circulação jamais vista; que os fenômenos de desterritorialização foram se generalizando. Enfim, parece ter sido gerado um consenso em torno da força do mercado internacional, dos capitais financeiros, dos processos de integração regional, dos poderes supranacionais. Porém, se nos perguntamos mais detidamente, as diferenças se acumulam sobre o significado do termo, sua natureza, seus ganhadores e perdedores. A ponto de se poder falar em 'globalizadores' e 'globalizados', para designar os agentes e vencedores e suas vítimas – os perdedores da globalização. E em globalização alternativa, solidária, inclusiva. Diante da sua abrangência, a globalização impõe, também aos que a criticam, o dilema de opor-se frontalmente a ela e a seus efeitos, ou de dar-lhe um sentido alternativo. Neste caso, resta a questão sobre a sua possibilidade e quais são as diferenças fundamentais para imprimir-lhe um sentido radicalmente diferente.

Os Antecedentes da Globalização

Há os que minimizam as transformações operadas sob o nome de globalização, dizendo que desde seu surgimento, com a revolução comercial, no século XVI, o capitalismo desatou um processo de internacionalização das relações comerciais, que faz com que sua própria natureza – conforme a própria análise de Marx no *Manifesto Comunista* – seja a de estender incessantemente as relações mercantis.

Pela própria dinâmica do processo de acumulação de capital, em que está levado a ganhar na massa de lucro o que tende a perder na taxa – conforme diminui proporcionalmente o peso da mão-de-obra em favor da tecnologia –, o capitalismo é levado a expandir-se continuamente, tendo necessidade de novos mercados ou do aprofundamento dos mercados existentes.

Toda a história do capitalismo, articulada em torno das sucessivas hegemonias coloniais e depois imperialistas, mostra que este constituiu territórios cada vez mais amplos de expansão das relações mercantis, até a repartição das colônias pelas potências européias no fim do século XIX, provocando a afirmação de Lênin de que a partir dali a expansão de alguma das potências imperialistas teria que ser feita às expensas de outras, abrindo um período de guerras interimperialistas. Essas guerras que, quanto mais passa o tempo, mais parecem uma única, em duas etapas, com um intervalo em que o clima bélico não foi dissipado e ocupa mais de quatro décadas. Elas foram o cenário no qual, derrotada a potência alemã emergente, os Estados Unidos se afirmaram como sucessores da Grã-Bretanha, como potência hegemônica.

A crise de 1929 redefiniu em termos econômicos o panorama mundial, visto que houve consenso para culpar o liberalismo pela crise. As três principais reações à crise foram frontalmente antiliberais. Os fascismos europeus fortaleceram a intervenção econômica do Estado, seja por meio da indústria bélica, seja por outras empresas do capitalismo de Estado, além de identificá-lo com a nação e atribuir a esta um valor doutrinário.

A URSS avançou celeremente na construção de um modelo econômico fortemente centralizado em torno do Estado, com expropriação dos capitais privados. Os Estados Unidos lançaram o Estado de bem-estar, com o Estado assumindo grandes responsabilidades econômicas e sociais.

O processo de globalização sofreu certo retrocesso, os Estados se dedicaram prioritariamente a proteger as economias nacionais. Ao mesmo tempo, a constituição do chamado 'campo socialista', a partir da URSS, dos Acordos de Yalta, no final da Segunda Guerra Mundial, com base nos quais se constituíram os países do leste

europeu como integrados a esse campo e a Revolução Chinesa de 1949. Esses territórios se subtraíram às zonas de economia de mercado.

O resultado da Segunda Guerra Mundial permitiu unificar o campo capitalista, porém no marco de um mundo bipolar, entre o capitalismo e o socialismo. Foi nesse momento que se deu o ciclo longo expansivo de maior desenvolvimento, constituindo-se no que Eric Hobsbawn caracterizou como "a era de ouro do capitalismo". Nesse período coincidiram e se alimentaram mutuamente a expansão dos Estados Unidos, da Alemanha e do Japão – que representavam as três locomotivas desse campo –, a expansão do socialismo e das economias periféricas, chamadas então de Terceiro Mundo – de que a industrialização no México, no Brasil e na Argentina são exemplos claros.

Foi um período diferenciado na história do capitalismo, um parêntese na longa dominação do liberalismo, mas ao mesmo tempo foi o período mais generoso do ponto de vista social – não por acaso. Foram os '30 anos gloriosos', os do Estado de bem-estar social, do pleno emprego na Europa Ocidental e em outros países, como a Argentina. O antiliberalismo e as políticas opostas ao livre comércio eram responsáveis por isso. Foi um período que combinou o maior crescimento econômico da história do capitalismo, com a maior democratização social.

Ao longo de todo esse período, os pensadores liberais ficaram reduzidos ao isolamento, suas teses pareciam mastodônticas, de outro tempo e de outro planeta. Pregavam teses doutrinárias, faziam a crítica tanto dos regimes comunistas como, principalmente, dos Estados de Bem-Estar Social, por seu caráter keynesiano, de intervenção econômica, de regulação sobre a circulação de capitais. Mas não tinham audiência, eram uma espécie de seita.

Pregavam contra toda forma de intervenção estatal na economia, claramente contrapostos ao modelo soviético, porém mais preocupados com as propostas social-democratas, porque no âmbito do capitalismo e, em particular, contra a proposta do Partido Trabalhista inglês, afirmando que esse estatismo seria a anti-sala do comunismo. O tema da 'liberdade' era central para eles, no sentido de liberdade econômica de mercado e de liberdade dos indivíduos, entendidos na sua dimensão de consumidores.

A Introdução da Globalização Neoliberal

Foi quando o ciclo começou a chegar a seu fim, com as economias principais diminuindo seus ritmos de crescimento, fazendo prever a estagnação, que os receituários

liberais voltaram a ocupar um lugar de destaque nos debates sobre as razões do fim do ciclo e as perspectivas possíveis para uma reconversão econômica que favorecesse um novo período de expansão.

Seu diagnóstico apontava para profundas transformações nos elementos essenciais do modelo vigente até então: o papel do Estado como regulador da economia, as dimensões do mercado, a soberania nacional, as empresas estatais, os direitos trabalhistas, entre outros. Alegavam que as restrições à livre circulação do capital eram os responsáveis fundamentais pela estagnação, e para que a expansão econômica fosse retomada seria necessário liberar o capital dessas amarras.

O esgotamento do ciclo longo expansivo do capitalismo – coincidindo com a crise do petróleo de 1973 – colocou em questão o modelo regular hegemônico. A continuada expansão da economia e a conquista de direitos sociais significativos – facilitados pelo pleno emprego nos países da Europa Ocidental e, entre outros, na Argentina – geraram direitos – que compunham o que se convencionou chamar de 'Estado de bem-estar social'. Quando a economia diminuiu seu ritmo de crescimento, o Estado diminuiu sua arrecadação, o nível de emprego foi baixando, gerou-se um desequilíbrio entre os direitos adquiridos e a capacidade do Estado de atendê-los.

Nesse momento surgiram diagnósticos, em geral conservadores, sobre as razões da estagnação e as formas de superá-la. O primeiro diagnóstico foi apresentado pela Comissão Trilateral, formada por representantes dos Estados Unidos (o renomado Samuel Huntington), da França e do Japão, centrado na categoria de 'governabilidade'. Afirmava-se que a recessão produzia um desequilíbrio entre os direitos e a capacidade financeira do Estado de atendê-los, propondo o que chamavam de 'democracia restrita', ou seja, de atendimento seletivo dos direitos e, sobretudo, um corte naqueles existentes. A palavra 'governabilidade' passou a ser incluída no vocabulário da nova versão do liberalismo, como categoria central, significando 'possibilidade', 'viabilidade', 'exeqüibilidade', incluindo agora o filtro financeiro como critério de realização dos direitos.

Mas os diagnósticos que predominariam foram ainda mais radicais, aqueles que foram chamados por seus próprios teóricos como neoliberais, como renascimento do liberalismo, mas adaptado às novas condições, sem a ortodoxia de propor nenhuma intervenção estatal – um dos fatores que permitira o aprofundamento da crise de 1929. Seus autores foram muito audazes, chocando-se frontalmente com o consenso existente há décadas.

É preciso recordar que quando a crise desse modelo já era manifesta, o conservador Richard Nixon afirmara: "Somos todos keysenianos", revelando, no entanto,

como o modelo conquistara clara hegemonia. Essa hegemonia percorreu de tal forma todo o espectro político e ideológico, que os partidos responsáveis pela construção do Estado de bem-estar social na Europa Ocidental não foram os social-democratas, mas sim partidos de direita, como o Democrata Cristão na Alemanha e na Itália e o Gaullista na França. Os social-democratas foram os responsáveis pelas suas formas mais avançadas, na Escandinávia. Porém, independentemente da força política, o consenso keynesiano era muito amplo.

Fenômeno similar ocorreria mais recentemente com o modelo neoliberal que, iniciado por forças de direita – Pinochet, Margareth Thatcher, Ronald Reagan –, se generalizaria, da mesma forma, ao conjunto do espectro político nas décadas recentes.

A transição para o novo modelo se deu com base no diagnóstico que fazia recair sobre o Estado o principal obstáculo ao desenvolvimento econômico, seja por este limitar a livre circulação de capital, ou pela responsabilidade de gastos excessivos, que pressionariam a base monetária, gerando aumento de preços e inflação.

As políticas neoliberais, molas propulsoras da globalização contemporânea, têm vários aspectos: privatização de empresas estatais, abertura para o mercado internacional, desindexação dos capitais, precarização das relações de trabalho. Todas contêm um elemento central, que perpassa todos os outros e os articula: desregulamentação da economia, isto é, retirada das travas à livre circulação dos capitais.

As primeiras implementações concretas do modelo se deram na América Latina, a partir de um problema específico da periferia do sistema: a inflação. Surgiu no Chile, de Pinochet, e na Bolívia, de Paz Estensoro. Cada um deles com uma história distinta, mas reduzidos a uma fórmula comum, pelo combate à inflação, transformado em questão política central do novo período, em substituição ao desenvolvimento econômico.

No Chile, a ditadura de Pinochet herdou uma economia centralizada com base nas nacionalizações ou das intervenções em empresas privadas do governo de Salvador Allende. O governo militar não devolveu imediatamente as empresas a seus antigos proprietários, mas fez leilões, em que os novos grupos econômicos puderam se consolidar adquirindo empresas e bancos. Em seguida, jovens economistas da Escola de Chicago assumiram os postos-chaves do governo e fizeram a primeira experiência de aplicação de políticas neoliberais, inaugurando o papel de laboratório de experiências neoliberais em que se transformaria o continente latino-americano.

Ao processo de privatizações se somariam a abertura econômica do país, o abandono do Pacto Andino e de todos os projetos – especialmente o de industrialização

regional em que o Chile estava integrado e que havia levado à produção de automóveis e de bens de consumo durável. Essa abertura significou abandonar o projeto de industrialização substitutiva de importações e fazer o dinamismo da economia depender das exportações. O Chile voltou a ser uma economia primário-exportadora, centrada na exportação do cobre e seus derivados, da pesca, de frutas e de madeira. Apesar da tese central das privatizações, os militares mantiveram o cobre como monopólio estatal, pelo peso fundamental que tem na pauta exportadora do Chile, reservando-se 12% desses rendimentos para as Forças Armadas (FFAA).

Porém, o restante das propostas do modelo neoliberal foi seguido à risca, fazendo do Chile o primeiro grande modelo de economia adequada à globalização neoliberal, de que se tornou, até hoje, o caso paradigmático. Por apoiar-se numa brutal ditadura militar, o Chile pôde contar com as melhores condições políticas para reciclar o modelo de um estado centrado na democracia social para um articulado em torno da esfera mercantil. Foram inauguradas no Chile modalidades que depois se estenderiam a muitos outros países: a 'reforma laboral', que abriu as portas para a expropriação dos direitos ao contrato de trabalho para a maioria dos trabalhadores; a 'reforma da previdência', que expropriou os direitos da grande maioria da população, ao mesmo tempo que canalizava recursos para investimentos privados, entre outros.

Como resultado, o Chile tornou-se uma das economias mais dependentes no mundo da exportação e do mercado externo (da globalização), com mais de 50% do seu Produto Interno Bruto vinculado à exportação. Com esse perfil, o Chile foi o primeiro país da América do Sul a assinar um Tratado de Livre Comércio com os Estados Unidos, afastando-se da possibilidade de participar de processos de integração regional, como o Mercado Comum do Sul (Mercosul) e a Alternativa Bolivariana para as Américas (Alba).

Por outro lado, como conseqüência das políticas neoliberais postas em prática durante a ditadura de Pinochet, mantidas durante os governos civis, o Chile, que era um dos países com menor grau de desigualdade no continente, passou a ser um dos de pior distribuição de renda de toda a região – conhecido por ser o continente de maior injustiça social no mundo.

Na Bolívia, o detonador da implantação do modelo neoliberal foi o descontrole inflacionário, com a acusação de que este era decorrente dos gastos estatais, advindos do déficit da economia mineira do estanho. O governo que implementou essa política foi o de Victor Paz Estensoro, do Movimento Nacionalista Revolucionário (MNR), o mesmo partido e o mesmo presidente que dirigiram a Revolução

Boliviana de 1952, de caráter nacionalista e camponês, que havia justamente nacionalizado as minas de estanho e realizado uma reforma agrária. Já não era uma força de direita que assumia o programa neoliberal, mas uma de tradição nacionalista, revelando o potencial hegemônico do novo modelo.

Da mesma forma que no Chile, foram orientadores internacionais que assessoraram a implementação do novo modelo. Na Bolívia, foi Jeffrey Sachs que propôs e viu atendida sua demanda de fechar as minas de estanho, matando o doente com o remédio cavalar que receitou. Com isso terminava também a classe operária mineira e sua organização, a Confederação Operária Boliviana (COB), que havia sido um grande protagonista nacional desde a Revolução de 1952. Em seguida, colocou-se em prática um processo de privatização das empresas estatais, que incluiu as concessões na exploração da riqueza mineral que passou a ocupar o lugar do estanho na pauta exportadora boliviana – o gás. A Bolívia pobre passou a vender gás a preços subsidiados aos mais ricos (Brasil e Argentina). O Estado boliviano foi desmontado por sucessivos governos dos três principais partidos tradicionais, todos na mesma lógica neoliberal.

A Hegemonia da Globalização Neoliberal

Foi nesse contexto que Margareth Thatcher e Ronald Reagan foram eleitos e se transformaram nos principais promotores do neoliberalismo em escala mundial. A globalização neoliberal se consolida, se estende e se torna hegemônica por meio da ação do bloco dos Estados Unidos com a Inglaterra. Formulou-se a teoria do Consenso de Washington, segundo a qual haveria uma fórmula universal, obrigatória para todos os governos, de ajuste fiscal, com suas conseqüências imediatas: refluxo dos gastos do Estado, concentrados em políticas sociais e gastos de pessoal, privatização de empresas, abertura da economia ao mercado internacional, precarização das relações de trabalho, incentivo à atração do capital financeiro. No plano internacional, a imposição do livre comércio, levada a cabo pela Organização Mundial do Comércio (OMC), assim como a intensificação da dependência financeira, levada a cabo pelo Fundo Monetário internacional (FMI) e as políticas sociais subsidiárias, complementares, conforme as propostas do Banco Mundial.

O neoliberalismo prometeu a elevação dos níveis de investimento de capital, a modernização econômica, com as conseqüências dinâmicas nos outros planos da economia. Não foi o que aconteceu. Duas décadas depois, as economias que mantiveram o modelo neoliberal não conseguiram retomar ciclos estáveis de

expansão econômica. O processo violento de reconcentração de capital que as políticas neoliberais puseram em prática, mediante a privatização de patrimônios públicos, de barateamento da força de trabalho, dos subsídios ao capital, não levaram ao fortalecimento dos investimentos produtivos, mas à maciça transferência de capitais do setor produtivo para o especulativo.

Mais de 90% dos movimentos de capital no mundo são simples transferências internas ao setor financeiro, como compra e venda de papéis das dívidas de governos ou de ações. Os altos níveis das taxas de juros atraem os capitais que, além disso, gozam da liquidez de que não dispõem em outras áreas.

Assim, o capital financeiro, que nascera para financiar a produção, passou a ocupar um lugar, o lugar hegemônico, central no processo de acumulação. De instrumento de apoio no processo de acumulação, passa a ser um fim em si mesmo, gerando um mecanismo de acumulação financeira que tem um caráter predatório, porque não cria riquezas nem empregos, acentuando os processos de concentração de renda.

Produziu-se dessa maneira um processo de financeirização da economia. Em primeiro lugar, o próprio Estado passou a ser financeirizado, isto é, passou a arrecadar recursos mediante o sistema tributário, principalmente, para o pagamento de suas dívidas. Isto significa que o Estado se torna um instrumento de transferência de recursos do setor produtivo ao especulativo.

Ao mesmo tempo produziu-se um extenso processo de precarização das relações de trabalho – chamado de informalização ou de terceirização ou ainda de flexibilização –, que representou o maior processo de expropriação de direitos da massa de trabalhadores. Na América Latina e no Brasil a maior parte dos trabalhadores deixou de ter contrato de trabalho, perdendo assim a possibilidade de se organizar, de apelar à justiça, de desfrutar de uma identidade social.

Esse processo de expropriação dos direitos formais do trabalho mudou a fisionomia das nossas sociedades, fragmentando as relações sociais. Conforme a minoria permaneceu com contratos de trabalho, a relação salarial formal passou a ser limitada a essa minoria, deixando de ser a grande reivindicação – junto com o direito ao emprego formal – que organizava a força de trabalho. O potencial de força social e política do mundo do trabalho se viu fortemente afetado, seja pela elevação do nível de desemprego, seja porque a identidade do trabalhador se debilitou, conforme as pessoas passaram a exercer múltiplas atividades simultaneamente e a mudar de uma para outra, sem identidade profissional.

Todo esse processo de profundas e concentradas transformações compõe o cenário do que podemos chamar de globalização neoliberal, dentro de cada país e

em escala mundial. Neste plano, operou-se a mais radical ruptura entre os países do centro – que passaram a ser chamados de 'globalizadores', por serem agentes desse processo de transformações – e os 'globalizados', por serem vítimas passivas dele.

Nunca como nestas décadas se aprofundou tanto o processo de concentração de poder e de renda dentro de cada país, entre países e entre regiões. As economias periféricas se fragilizaram com as crises que as afetaram na virada para a década de 1980, especialmente pelas fórmulas que o FMI aproveitou para impor, por meio de 'cartas de intenções', que obrigava os Estados a abrirem suas economias e cortarem recursos para políticas sociais. Produziu-se um brutal processo de transferência, via setor financeiro, de recursos dos países globalizados para os globalizadores. Ao mesmo tempo, o controle dos organismos financeiros e comerciais internacionais – como o FMI, a OMC, o Banco Mundial – permitiu aos países centrais impor as normas econômicas mundiais, avançando na direção das leis de livre comércio.

A Mudança de Período Histórico

A passagem do modelo regulador para o neoliberal foi uma transformação de proporções, com conseqüências ainda não suficientemente avaliadas nos planos econômico, político, social e cultural. No entanto, esses efeitos foram amplificados porque, paralelamente, se deu outra transformação, não de menor importância: a passagem de um mundo bipolar para um mundo unipolar, sob hegemonia imperial dos Estados Unidos. Em dois planos determinantes das relações de poder em escala mundial, deram-se, simultaneamente, duas viradas, ambas alimentando-se mutuamente para fortalecer a hegemonia norte-americana.

A implantação das normas do livre comércio favorece, automaticamente, os países e as empresas em melhores condições de competição, ao levantar ou enfraquecer os controles das economias nacionais e abrir espaços crescentes para a livre competição. Um acordo como o de livre comércio entre os países da América do Norte: Estados Unidos, Canadá e México; intensificou a dependência deste último em relação aos Estados Unidos, fazendo com que mais de 90% do seu comércio exterior se faça com o vizinho do Norte, sem que se tenha retomado um ciclo expansivo na economia do Sul. O crescimento se deu na fronteira norte do país, com as chamadas empresas de 'maquila', que se valem de mão-de-obra barata e não sindicalizada no lado sul da fronteira para transferir operações não qualificadas de grandes empresas para essa região, mantendo do lado norte as ocupações de melhor qualificação e de maior complexidade tecnológica.

Porém, até esse impulso localizado da economia mexicana teve vida curta, porque a China, mesmo situando-se muito mais distante do mercado norte-americano, passou a oferecer condições ainda mais favoráveis para as grandes corporações dos Estados Unidos, que abandonaram grande parte das instalações mexicanas, transferindo seus investimentos para a China, com mão-de-obra melhor qualificada e mais disciplinada, matéria-prima local barata e um mercado potencial ao qual poderiam vender diretamente parte de sua produção.

Esses fatores favoreceram a consolidação da hegemonia econômica dos Estados Unidos, somados a outros: o desaparecimento de quem ocupava o segundo lugar, a URSS, e o enfraquecimento relativo dos que o seguiam, a Alemanha e o Japão. Se a economia dos Estados Unidos é menos forte do que foi no ciclo longo expansivo anterior, por exemplo, na década de 1950, comparada com as condições de superioridade que possuía nesse período, ela reafirmou sua hegemonia no ciclo neoliberal.

Por outro lado, ao se afirmar como a única superpotência, consolidou mais amplamente sua superioridade militar, desenvolvendo sem limites sua indústria bélica. Ao mesmo tempo que os Estados Unidos se afirmam como a única superpotência política, a única com capacidade de iniciativa e com políticas para todas as zonas do mundo.

Ainda assim, se a economia norte-americana revela debilidades, com os três déficits e a fraqueza do dólar refletindo fragilidades que não possuía anteriormente, quando era um país exportador de capital e não importador, como atualmente, ainda assim, a hegemonia dos Estados Unidos segue adiante. Em primeiro lugar, porque não aparece no horizonte outra potência ou bloco de potências que possa substituí-los nessa função vital para o sistema de poder mundial.

Em segundo lugar, porque o país mais notoriamente ascendente, a China, não pode competir como potência hegemônica, seja porque faz parte de um patamar econômico muito baixo seja porque não tem capacidade de iniciativa política global, o que está além das suas esferas imediatas de ação. E, principalmente, não tem perspectiva de se tornar uma superpotência militar.

Porém o plano em que a hegemonia dos Estados Unidos se revela a mais forte é o ideológico. Os Estados Unidos souberam propor sua forma de vida como uma proposta ideológica fortemente articulada com sua indústria de consumo, com Hollywood, com o estilo de consumo dos *shopping centers*, com as campanhas publicitárias.

A tendência previsível é a de um período longo de turbulências internacionais e também em nível nacional, em vários países. Porque há um desgaste da capacidade

hegemônica norte-americana, pela combinação entre os desgastes nas guerras do Iraque e do Afeganistão e a crise econômica interna. E porque o modelo econômico neoliberal, de que os Estados Unidos foi o maior promotor, revela desgastes, que incluem a própria crise norte-americana, estreitamente vinculada à desregulação financeira, como as próprias autoridades desse país aceitam.

No entanto, não surge ainda no horizonte outra potência emergente ou um conjunto de potências que possam substituir os Estados Unidos no papel de potência hegemônica. Nenhuma tem a combinação de força política, econômica, ideológica e militar para poder cumprir tal papel. Os Estados Unidos continuam a ser a única potência com iniciativa política sobre praticamente qualquer problema no mundo, ao mesmo tempo que a superioridade militar norte-americana permanece inquestionável. O plano econômico é aquele em que os Estados Unidos apresentam maior debilidade, porém as potências emergentes, como a China e a Índia, partem de um patamar tão baixo, que não representam forças que possam substituir o peso econômico daquele país.

No entanto, a tendência é o enfraquecimento da capacidade hegemônica dos Estados Unidos e do modelo econômico neoliberal, gerando uma grande crise de hegemonia – político-militar e econômica –, responsável pelas turbulências no plano militar e no plano econômico-financeiro.

O Estado da Globalização

O Estado neoliberal, isto é, o Estado da era da globalização, busca fortalecer o direito à propriedade individual, o império da lei e as instituições de livre mercado e livre comércio, como instrumentos para garantir a liberdade individual. A empresa privada e a iniciativa privada são tratadas como as chaves da inovação e da criação de riqueza. Por isso o patrimônio público, em mãos do Estado, deve ser repassado a capitais privados. A privatização, a desregulação e a competição eliminariam os trâmites burocráticos, incrementariam a eficiência e a produtividade, melhorariam a qualidade dos produtos e reduziriam seus custos, contribuindo para controlar a inflação. Esta seria a função do Estado: favorecer esses mecanismos econômicos, que produziriam vantagens para todos.

As liberdades individuais seriam garantidas no mercado, ao qual o Estado deve garantir o acesso a todos. Este princípio deve se estender à esfera do sistema de proteção social, do sistema educacional, da atenção sanitária e das aposentadorias. O sucesso ou o fracasso individuais são considerados resultados das virtudes

empresariais ou da capacidade ou incapacidade pessoais, sem vínculo com algum fator estrutural que os condicionasse.

A livre circulação de capitais entre setores, regiões e países é considerada essencial e o Estado deve zelar prioritariamente por ela, tanto no plano nacional, como no internacional. Tudo na perspectiva da criação de um clima apropriado para os investimentos, em cuja dinâmica se entrega a direção do processo econômico, confiando que suas conseqüências sociais serão benéficas para todos. Todas as barreiras à livre circulação de capitais, como tarifas alfandegárias, sanções fiscais, formas de planejamento e controles ecológicos, assim com outras formas específicas de travas ao capital, devem ser eliminados. A soberania estatal sobre a circulação de mercadorias e de capitais fica entregue ao mercado. A competição internacional é concebida como positiva, na medida que melhora a eficiência e a produtividade, reduz os preços e, em conseqüência, controla as tendências inflacionárias. Portanto, os Estados devem buscar reduções de barreiras à circulação de capital – o chamado livre comércio entre as fronteiras e a abertura dos mercados.

Essa abertura, no entanto, não é generalizada, não inclui a força de trabalho e o mercado laboral. Ao contrário, uma das características da globalização neoliberal é a livre circulação de capitais, mas não a da força de trabalho. Isto possibilita a existência de mercados com mão-de-obra especialmente barata, para os quais se deslocam os grandes capitais, com o beneplácito dos Estados, para obter taxas de exploração muito mais altas e comercializar seus produtos em mercados com alto poder aquisitivo. É uma das expressões do chamado processo de 'desterritorialização', que significa o deslocamento de capitais por várias regiões do mundo – China, Índia, Indonésia, Paquistão, México –, explorando as taxas diferenciais de salários para potencializar o processo de acumulação de empresas multinacionais, atraídas pelos Estados, que oferecem o custo barato da mão-de-obra como isca para a chegada de capitais.

O projeto estratégico do neoliberalismo é o da construção do que seus teóricos chamam de Estado mínimo, na tradição da concepção liberal de John Locke. Para este, os direitos precedem ao Estado, cabe a este simplesmente formalizá-los e garanti-los. Seu papel é suplementar, só lhe cabe intervir caso os direitos não estejam sendo cumpridos. A própria força de trabalho e o meio ambiente são tratados como mercadorias, com preço, custo-benefício etc. O Estado neoliberal, em vez de priorizar suas atividades para garantir a universalização dos direitos a toda a população, transformada assim em cidadania, concentra suas atividades

fundamentais na extensão da mercantilização na sociedade, o que inclui a intensificação da transformação dos direitos existentes em bens compráveis no mercado.

Suas funções fundamentais são o apoio ao processo de acumulação de capital, com a visão de que os benefícios se estenderiam a toda a sociedade. Torna-se um Estado mínimo para a grande massa da população, mas fortalece seu papel de Estado máximo no fomento ao grande capital privado.

Bibliografia

ANDERSON, P. *La Pensée Tiède. Suivi de La Pensée Réchauffée: réponse de Pierre Nora*. Paris: Seuil, 2005.

ANDERSON, P. Testing formula two. *New Left Review*, 8: 5-22, mar./abr. 2001.

ARRIGHI, G. *O Longo Século XX*. São Paulo: Editora da Unesp, 1986.

COHEN, J. & ARATO, A. *Sociedad Civil y Teoria Política*. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

HARVEY, D. *O Novo Imperialismo*. São Paulo: Loyola, 2005.

HOBSBAWN, E. *O Curto Século XX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

MESCHKAT, K. Una crítica a la ideologia de la sociedad civil, s.d. (Mimeo.)

SADER, E. *et al.* (Coords.) *Latinoamericana. Enciclopédia Contemporânea da América Latina e do Caribe*. São Paulo: Boitempo, 2006.

2

Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil*

Sonia Fleury

As temáticas da Reforma do Estado e da Seguridade Social estiveram ausentes da agenda e do discurso das esquerdas no Brasil até os anos 1970, quando as mudanças na teoria e na prática política introduziram no centro das discussões políticas temas como a cidadania e a institucionalidade democrática.

Essas mudanças se refletiram no forte engajamento dos movimentos sociais em luta pela democratização do país e na centralidade assumida pela Assembléia Nacional Constituinte, em 1987-88, como arena pública privilegiada de enfrentamento de projetos em disputa por uma nova institucionalidade.

Assim, as opções pelo fortalecimento das políticas públicas e construção das bases de um Estado do bem-estar social foram vistas como prioritárias, unificando as demandas dos setores mais progressistas. Mas, já a crise na economia mundial, inaugurada com o aumento dos preços do petróleo na década de 1980 e seguida pelo aumento dos juros nos Estados Unidos, endividamento das economias emergentes e perda do controle sobre o processo inflacionário apontavam para um cenário de reajustes estruturais, e o ideário liberal acenava com a bandeira do 'Estado mínimo' como solução para os impasses e a reestruturação do capitalismo globalizado.

---

* Apresentado no seminário Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde – Vinte anos do SUS: contradições e desafios, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, setembro 2008.

A opção pelo fortalecimento do Estado e por sua democratização, neste contexto global, aparece hoje como uma falsa consciência que impediu os atores sociais e os constituintes de divisar o horizonte restritivo que já se apresentava, no qual se impunha como inevitável a saída via fortalecimento do mercado.

A verdade é que a idéia de privilegiar o mercado em relação à produção dos serviços já estava presente na política brasileira desde o conjunto de reformas realizadas pelo governo militar que, entre 1964 e 1967, estabeleceu as diretrizes das políticas econômicas e sociais, por meio do reordenamento do sistema financeiro com a reforma bancária que criou o Banco Central em 1964; da definição do modelo do federalismo fiscal graças à reforma tributária de 1967; do Decreto-Lei 200/67 por meio do qual se realiza a reforma administrativa, diferenciando a administração pública direta e indireta e a reforma previdenciária, que se inicia com a unificação das instituições e criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, terminando com a eliminação da participação dos trabalhadores na gestão tripartite em 1972 e seguindo com a expansão da cobertura previdenciária entre 1971 e 1973.

A implantação de um modelo que privilegia o produtor privado na Previdência Social entre 1966-1973 e sua crise cíclica desde mais ou menos 1975 até o ápice no início dos anos 1980, foi detalhadamente estudada por Jaime A. A. Oliveira e Sonia M. Fleury (1985). Destaca-se neste estudo a correspondência de tal política com os ditames da Constituição Federal de 1967 (art. 163), reafirmado na Constituição de 1969 (art. 170), definindo a iniciativa estatal na área econômica como de caráter suplementar à iniciativa privada.

As conseqüências da política previdenciária que privilegiava o setor privado prestador dos serviços de saúde, por meio do financiamento concedido pela Caixa Econômica Federal (CEF) para criação de uma rede hospitalar privada com um mercado garantido por intermédio da compra de serviços pela Previdência, se manifestaram como crise e propiciaram a entrada do pensamento reformador e crítico na gestão da política previdenciária de saúde.

A luta pela democratização da saúde encontra neste espaço de racionalização administrativa do sistema previdenciário um lócus estratégico para avançar na direção da unificação dos dois ministérios responsáveis pela saúde – o da Saúde e o da Previdência – por meio de programas de sucessivas aproximações como o das Ações Integradas de Saúde (AIS) e o do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (Suds). No entanto, o desafio era transcender a mera racionalização em direção à universalização, à descentralização e à participação, que seriam a expressão política da democratização da saúde.

A reforma democrática do Estado se deu sem uma construção teórica que fosse capaz de articular e respaldar os avanços que a prática política já demandava e consolidava, sem, no entanto, conseguir construir um marco teórico-conceitual que considerasse e enfrentasse a questão da institucionalidade do Estado necessária para a construção da democracia. Projetos de distintos matizes, como os comunitaristas, que se opõem ao Estado, e os reformadores oriundos de uma tradição marxista, que buscavam um desenho democrático e o fortalecimento dos direitos sociais, encontraram-se na prática política quando somaram esforços, mas não se compatibilizavam em termos da visão da relação Estado-sociedade.

Esta reforma democrática que se consubstanciou na institucionalidade projetada na Constituição Federal de 1988, foi duramente confrontada pela hegemonia assumida pelo discurso liberal, o predomínio das decisões econômicas sobre a política e sobre a própria ordem constitucional, e, por fim, a bem articulada propagação de uma reforma gerencial do Estado. Neste caso, a articulação entre teoria e instrumentos reformadores, ademais do predomínio político alcançado por esta corrente, foi crucial para sua difusão global.

O fracasso das reformas liberais, em especial quando elas foram mais que tudo um discurso que legitimava a desconstrução do Estado nacional, não é suficiente para afastar da agenda a questão da reforma do Estado. É necessário fazer um balanço do impacto das reformas liberais sobre a institucionalidade desenhada pela reforma democratizante, por exemplo, em relação à Seguridade Social, e buscar avaliar de forma crítica e criativa as demandas atuais de uma reforma que possa retomar os princípios e diretrizes propugnadas na democratização, considerando o novo contexto de agudização dos problemas que colocam em risco a coesão social e a necessidade de transformar os direitos constitucionalizados em direitos em exercício. Para isto, mais além de direitos constitucionalizados é necessária a existência de direitos institucionalizados, por meio de políticas e instituições efetivas e eficazes. Isto remete, uma vez mais, à existência de um processo permanente de reforma tendo em vista alcançar uma relação de forças que assegure a mudança na distribuição do poder, o que implica a permanente construção de sujeitos políticos, ou subjetivação.

Bases Teóricas para uma Reforma Democrática do Estado

Para pensar a reforma do Estado é necessário ter em conta a concepção de Estado com a qual estamos trabalhando, considerando o pacto de poder, as instituições e organizações.

Guillermo A. O'Donnell (1998: 125) define Estado como:

> o conjunto de organizações e relações que reclamam para si o caráter do público como contraposto ao privado sobre um âmbito territorialmente delimitado, e que pretende da população deste território conformidade com o conteúdo expresso de suas disposições e ademais, respalda esta pretensão como um controle que vem a ser enormemente superior em meios de violência. (O'Donnell, 1998: 125)

Esta definição pretende englobar os diferentes níveis envolvidos no conceito de Estado, ou seja: organização do domínio político sobre um território e um povo de forma soberana; legitimidade do monopólio do uso da coerção; e um conjunto de organizações e instituições, estruturado de forma legal e hierarquizada com um corpo de funcionários que atuam em função dos interesses públicos.

Vale lembrar a crítica de Fernando Henrique Cardoso ao próprio O'Donnell, por confundir regime político e Estado (ao definir o Estado burocrático-autoritário), afirmando que:

> a conceituação do Estado é um assunto complexo, mas existe certo grau de acordo de que no nível mais alto de abstração, a noção de Estado se refere à aliança básica, ao *pacto de domínio* básico, que existe entre as classes sociais ou frações das classes dominantes e as normas que garantem seu domínio sobre a classe dominada. (Cardoso, 1982: 46)

A concepção do Estado como relação de dominação, afirmada pela corrente marxista, e o Estado visto como institucionalidade, definida por Max Weber (1991) como aquele que opera a dominação legítima de caráter racional-legal como um quadro administrativo burocrático, foi, durante muitos anos, tratada de forma polarizada e excludente. A contribuição de Nicos Poulantzas, em sua última obra, intitulada *O Estado, o Poder, o Socialismo* (1991), foi definitiva para reconciliar estas duas tradições teóricas ao buscar evitar a redução do aparelho de Estado ao poder de Estado.

A concepção do marxismo contemporâneo sobre o Estado tem início com a ruptura que a obra de Antonio Gramsci introduz na concepção hegeliana, a qual diferencia Estado de sociedade civil, adotada também, embora de forma invertida, por Marx. Para Gramsci, "o Estado é todo o conjunto de atividades teóricas e práticas com as quais a classe dirigente justifica e mantém não somente sua dominação, mas também consegue o consenso ativo dos governados" (em *O Príncipe e o Estado Moderno*).

O Estado, para além de suas funções repressivas de tutela de uma sociedade de classes, exerce um papel fundamental em sua função pedagógica de construção,

consolidação e reprodução da direção cultural da classe hegemônica, sendo a função de homogeneização exercida pelo Direito, exatamente o que permite a criação de um conformismo social. O Estado ético, ou civilizatório, corresponderia à elevação das massas, por meio de políticas públicas, no nível cultural correspondente ao desenvolvimento das forças produtivas. Portanto, o Estado cumpre um papel fundamental na consolidação dos avanços do processo civilizatório.

Do ponto de vista da hegemonia (Gramsci) ou da ideologia (Althusser), os aparatos estatais não se diferenciam como públicos ou privados, constituindo-se no Estado ampliado, pois ambos cumprem a função de reprodução da dominação, seja por meio da geração de consenso, seja por meio do exercício da coerção – regra geral por meio de ambos. No entanto, a dissolução dos limites entre Estado e sociedade, público e privado, não ajuda a compreender a especificidade do aparelho estatal.

Já a contribuição de Gramsci sobre o predomínio do Estado nas sociedades orientais e o de uma sociedade civil adensada nas sociedades ocidentais, levou-o a vincular a questão do Estado com a estratégia de transição, estabelecendo que a guerra de movimento, ou enfrentamento frontal, só teria êxito em sociedades nas quais o Estado predominasse sobre a sociedade. Ao contrário, a guerra de posição ou de esgotamento seria indicada para as sociedades civis mais complexas, nas quais seria necessário conquistar a hegemonia antes da tomada de poder.

O resgate do Estado como um campo estratégico de lutas vai ser enfatizado por Poulantzas (1991), ao afirmar que as lutas políticas não são exteriores ao Estado como ossatura institucional, mas, ao contrário, se inscrevem neste aparato, permitindo, assim, que ele venha a ter um papel orgânico na luta política, como unificador de dominação. Nesta concepção do Estado é possível percebê-lo, para além de um conjunto de aparelhos e instituições, como campo e processos estratégicos, nos quais se entrecruzam núcleos e redes de poder que, ao mesmo tempo, articulam-se e apresentam contradições e decalagens uns em relação aos outros. Daí que a fragmentação constitutiva do Estado capitalista não possa ser tomada como inverso da unidade política, mas como sua condição de possibilidade, o que assegura sua autonomia relativa. O Estado, sua política, suas formas, suas estruturas traduzem, portanto, os interesses da classe dominante não de modo mecânico, mas através de uma relação de forças que faz dele uma expressão condensada da luta de classes em desenvolvimento.

O conceito de Claus Offe (1984) de seletividade estrutural do Estado explica a maneira como as demandas populares, mesmo quando adentram o aparelho

administrativo, são destituídas de seu conteúdo político nos meandros da burocracia estatal, preservando dessa forma os limites do sistema de acumulação, ainda quando seja necessário contemplar também os requisitos da legitimação do poder.

A apropriação destes conceitos teóricos para explicar a realidade brasileira gerou um conjunto de estudos sobre políticas públicas, que buscava desvendar, pela análise dos determinantes da evolução destas políticas, os mecanismos responsáveis pela construção social de uma estatalidade singular. Depois dos grandes estudos que buscaram explicar a especificidade do capitalismo no Brasil, em clássicos como Florestan Fernandes, Celso Furtado e Raymundo Faoro, entre outros, os trabalhos do final dos anos 1970 que foram tributários desta contribuição tomaram como objeto a construção do Estado nacional, com base em políticas públicas como as relativas à industrialização (Draibe, 1985) e à proteção social (Oliveira & Fleury, 1985).

Sônia Draibe (1985) procura entender, com a ajuda do instrumento teórico-analítico das vias de desenvolvimento industrial, como as lutas pela direção política e como a heterogeneidade e multiplicidade das forças políticas asseguram certa autonomia do Estado, limitada por seu sentido social e por ser expressão das relações de poder, definidas na luta política.

Oliveira e Teixeira (1985) buscam entender como as lutas entre as forças sociais em jogo em cada conjuntura da historiografia nacional se inscrevem no aparato institucional, definindo modalidades distintas de proteção social, concretizando estes valores e tecnologias sociais em termos de distintos padrões de benefícios, da amplitude da cobertura, das fontes de financiamento e modalidades de gestão das instituições previdenciárias. Em outros termos, mais que estudos tradicionais de políticas públicas, de corte funcionalista ou sistêmico, o que se buscava naquele momento era entender como as relações entre as forças sociais se materializaram em uma estrutura e em uma dinâmica institucional estatal que reproduzia a dominação, mas também o avanço das forças dominadas, em conjunturas sociais específicas. Tratava-se de entender como as forças se corporificavam em instituições públicas, mas também como estas últimas opunham uma resistência própria às novas correlações de força e aos impulsos reformadores.

Conhecer os determinantes sociais da construção do Estado e o sentido político das políticas públicas representou um enorme avanço na aproximação do pensamento das esquerdas em relação à apropriação da temática do Estado e das políticas setoriais. Permitiu compreender como as lutas populares poderiam se inscrever na ossatura do Estado, entendendo-o de forma menos monolítica, como

a condensação material de um campo de forças, ainda que dotado de sentido e direção. Ao identificar os avanços sociais em conjunturas democráticas e de maior mobilização social, foi possível avançar na discussão da importância da institucionalidade estatal, ainda que sob o primado das lutas políticas, na consolidação dos avanços das classes populares.

A introdução do conceito de cidadania como eixo teórico e estratégico para explicar o desenvolvimento das políticas sociais se faz a partir da constatação de que a expectativa de obediência do Estado pela introjeção do dever político não se funda, nem exclusiva nem prioritariamente, no monopólio que ele detém da violência, mas na sua capacidade de organização do consenso e na legitimidade alcançada na sociedade. As mediações necessárias à construção da hegemonia implicam não apenas a expansão dos interesses da classe dominante, mas também a própria ampliação do Estado, acabando por retirar o fundamento da separação entre as esferas diferenciadas da economia e da política. O capitalismo tem necessidade de criar o cidadão na medida em que ele é o correspondente jurídico e político do trabalhador livre, capaz de vender sua força de trabalho; a cidadania é a abstração necessária à Constituição, fundamento e legitimidade do poder político. O capitalismo nega inclusive a existência de atores coletivos, as classes sociais, com interesses contraditórios e antagônicos, sendo, portanto, essencial para a construção da ideologia liberal do Estado como representante da vontade coletiva. Por outro lado, a condição de cidadania tem que ser vista como um avanço na luta das classes oprimidas. É neste sentido que se pode compreender o Estado como "expressão da dominação de uma classe, mas também um momento de equilíbrio jurídico e político, um momento de mediação" (Gruppi, 1980: 31).

Algumas proposições analíticas foram levantadas para compreender a cidadania fora de seu marco original liberal (Fleury, 1994), assumindo:

- a cidadania, hipótese jurídica-política inscrita na natureza do Estado capitalista, como uma mediação necessária, mas não suficiente para explicar a gênese das políticas sociais;
- a política social como gestão estatal da reprodução da força de trabalho que encontra na dinâmica da acumulação capitalista sua condição de possibilidade e seu limite;
- que as políticas sociais participam na reprodução social e construção da hegemonia como uma rede especial de micropoderes;
- que a materialização de uma correlação de forças em um aparato político-administrativo prestador de serviços dependerá do funcionamento desta institucionalidade organizacional;

- que o desenvolvimento das políticas sociais é histórico e manifesta em seu transcurso os movimentos da contradição entre produção socializada e apropriação privada, ainda que tenha alterado de forma irreversível a separação entre as esferas da economia e da política.

Embora a temática da Reforma Administrativa do Estado não tenha feito parte de uma formulação teórica das esquerdas, a prática política orientada para a construção de uma sociedade e um Estado democrático levou, nas décadas de 1970 e 1980, à formulação de projetos reformadores setoriais, como foi o caso da Reforma Sanitária, os quais redesenharam o Estado e sua relação com a sociedade, para além dos limites setoriais. A incorporação de elementos do planejamento estratégico de Carlos Matus (1978, 1981) e Mario Testa (1985, 1986), além das análises sobre o funcionamento do complexo previdenciário de assistência médica, suas modalidades de articulação com o setor privado e as formas de repasse dos recursos, introduziram importantes elementos de gestão no debate político da reforma.

Sergio Arouca (1982) formulou a compreensão teórica da saúde como totalidade concreta, síntese de múltiplas determinações, o que encaminhava a proposta de uma reforma sanitária que atuasse em todos estes níveis que incidem no campo da saúde, compreendendo:

- um campo de necessidades geradas pelo fenômeno saúde-enfermidade;
- a produção dos serviços de saúde com sua base técnico-material, seus agentes e instituições organizadas para satisfazer necessidades;
- ser um espaço específico de circulação de mercadorias e de sua produção;
- ser um espaço de densidade ideológica;
- ser um espaço da hegemonia de classe, por meio das políticas sociais que têm a ver com a produção social;
- possuir uma potência tecnológica específica que permita solucionar problemas tanto no nível individual como no coletivo.

A busca da democratização da saúde passaria pela construção de um arco de alianças que permitisse alterar a correlação de forças, a difusão de uma nova consciência sanitária e a construção de uma nova institucionalidade ou sistema público de saúde que assegure a saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

Entendendo a cidadania como um princípio normativo que subordina as práticas sociais aos ditames da solidariedade e integra os indivíduos por meio de laços de igualdade e de respeito aos direitos em uma comunidade política, ficava claro

que a Reforma Sanitária extrapolava os limites de uma política setorial, situando-se no âmbito de uma reforma do Estado. A busca de uma nova institucionalidade capaz de ser inclusiva e igualitária encontrou na defesa da participação social e da descentralização do poder político o desenho do aparato administrativo para o qual confluíram outras correntes políticas que somaram forças na construção da institucionalidade democrática.

A compreensão de que as modalidades de proteção social são expressão de forças sociais e valores assumidos em cada conjuntura e situação histórica, configurando distintas institucionalidades que definem correspondentes padrões de cidadania (Fleury, 1994), conduziu os esforços reformadores para a construção de uma Seguridade Social, expressão do modelo de proteção social que correspondesse ao padrão civilizatório que a sociedade brasileira alcançava com a democratização. Estas conquistas foram entronizadas pela Constituição Federal de 1988 em seu capítulo da Ordem Social, e em toda a legislação ordinária e normas operacionais que a ela se seguiram.

Só recentemente estes temas voltaram à discussão, em balanços sobre um quarto de vigência do regime eleitoral democrático na América Latina compatível com a persistência de déficits de cidadania social, em permanente ameaça à coesão social e à governabilidade.

As discussões sobre a governabilidade democrática têm tratado a questão do Estado como um dos seus aspectos centrais, seja em sua dimensão legal, como garantia dos direitos e deveres da cidadania que assegura a aplicação da lei de forma universal, seja como autoridade constituída em uma rede de instituições políticas capazes de processar e aplicar institucionalmente decisões políticas, em um contexto de legitimidade democrática.

No balanço que o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) da Democracia na América Latina afirma-se que é indispensável ampliar o debate sobre o Estado na região, pois este ficou concentrado em temas como seu tamanho e gasto, deixando de lado questões fundamentais como o poder real do Estado para pôr em prática o mandato eleitoral e o poder para democratizar, definido como a capacidade para chegar, de maneira universal, a todas as classes sociais, em todo o território. Sem isto, não haverá vigência de direitos e obrigações para todos, em todos os lugares, representando, tal déficit de estatalidade, um risco para a sustentabilidade e o desenvolvimento da democracia (Pnud, 2004).

Em recente relatório da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal, 2006), afirma-se que a titularidade dos direitos deve guiar as políticas

públicas e que só a plena institucionalidade democrática assegura o processo pelo qual se constrói um pacto e se consagra normativamente na lei a sua aplicação.

Enfatizando a necessidade de construir acordos políticos embasados em valores solidários de justiça e eqüidade e que se materializam em pactos fiscais capazes de viabilizar a inclusão social, a Cepal (2006) clama por organismos estatais competentes, a fim de que os direitos sejam mais exigíveis.

O reconhecimento de que a democracia não pode ser reduzida apenas a um regime político parece ser a indicação mais importante da constatação das dificuldades atuais de convivência de regime democrático em sociedades com persistência de culturas autoritárias, políticas excludentes e Estados patrimoniais. A persistência de uma cultura política com base na hierarquia social, o enfeudamento das agências estatais, o uso privado dos bens públicos, a incapacidade de as políticas e órgãos públicos se disseminarem de forma igualitária sobre o território nacional são constatados por todos os estudiosos. No entanto, a indicação de que a luta pela expansão dos direitos civis precederia as conquistas dos demais direitos e a assunção de que a conquista dos direitos sociais em antecipação aos direitos civis gera democracias de baixa intensidade – como defendido por alguns cientistas sociais para explicar a situação da América Latina – parece contradizer as evidências históricas e reduzir o Estado a um papel passivo no processo de ampliação da esfera pública.

A reconstrução da esfera pública a que estamos assistindo na América Latina é parte dos processos de democratização, fortalecimento do poder local, emergência de novas demandas e novos sujeitos sociais, rearticulação da inserção econômica regional em uma economia globalizada e intensificação do uso da tecnologia informacional na mediação das relações e processos sociais. A construção da igualdade pressuposta na esfera pública requer a introdução de princípios normativos relativos à inclusão, participação e redistribuição. Em sociedades nas quais a cidadania, como dimensão igualitária e cívica, não foi generalizada e na qual, portanto, convive-se com altos níveis de exclusão e desigualdades, o papel do Estado é crucial na indução de processos sociais que promovam condições de inovação e inclusão social. No entanto, a possibilidade de emancipação e diferenciação só pode ser assegurada através da complexificação do tecido social, em um duplo movimento de construção de identidades e formas orgânicas autônomas e de inserção de seus interesses na arena pública. Este fenômeno começa a se fazer presente na América Latina com base em múltiplas experiências locais inovadoras, indicando a possibilidade de construção de uma comunidade de cidadãos, valendo-se de uma nova articulação entre o nacional e o popular.

Como conseqüência das lutas sociais desencadeadas nas três últimas décadas, processa-se uma revolução cultural na região, com a introdução de novas demandas e novas práticas políticas, orientadas para a conquista efetiva dos direitos sociais negados, na prática, a uma parcela significativa da população. A reivindicação cidadã presente em todas as lutas sociais na região introduz a noção do sujeito como portador de direitos, quer ela comece por direitos sociais ou civis. É o 'direito de ter direito' que transforma a cultura do clientelismo na cultura da cidadania e permite colocar na agenda pública a questão da inclusão social.

Este processo social, no entanto, não é alheio ao Estado por, pelo menos, três razões. Primeiramente, porque estas demandas cidadãs destinam-se a alterar o processo político de construção da agenda pública. Em segundo lugar porque, para os setores mais marginalizados, o Estado exerce papel crucial na mobilização dos recursos necessários a uma organização. Em terceiro lugar, porque um Estado capaz de absorver as demandas por inclusão social não será mais o mesmo, quer em termos de pacto do poder, quer na sua institucionalidade, pois o Estado que conhecemos participa ativamente no processo de exclusão social.

O papel do Estado no processo de inclusão social é sublinhado por Fábio Wanderley Reis (1993), quando afirma que o nível de carência entre os setores populares é tão agudo que o Estado, em nossas sociedades, termina por ser o agente produtor da própria capacidade de reivindicação popular. Sua proposta é de que a incorporação cidadã, nessas circunstâncias, somente será possível se o Estado for capaz de institucionalizar esta relação, transformando os setores marginalizados em seus clientes reais sem recorrer a mecanismos de manipulação política. No entanto, mais que um conjunto de benefícios, o desafio da cidadania é construir um sentido de pertencimento a uma esfera pública.

Portanto, a esfera pública pode ser caracterizada por sua inclusividade, em termos da multiplicidade de atores que podem participar nos processos de integração e exercício do poder e por sua efetividade, ou seja, na capacidade de generalizar os interesses dos cidadãos organizados, de tal forma que possam influenciar e controlar o exercício e as estratégias de dispersão do poder político (Oxhorn, 1999). Para que a sociedade civil se fortaleça sem ser capturada por processos de cooptação pelo aparelho do Estado, é preciso que este último seja capaz de ser autônomo o suficiente para preservar suas identidades e, ao mesmo tempo, forte o bastante para que os diferentes atores consigam lograr a projeção política dos seus interesses na construção negociada de seus conflitos, na formação da agenda pública. A tensão entre autonomia e inserção dos interesses em uma ação política é inerente e constitutiva da sociedade civil.

Sem dúvida, a referida organização também se coloca da mesma forma em relação ao Estado, cuja autonomia e inserção parecem ser as condições imprescindíveis para gerar sinergia nas relações Estado-sociedade civil (Evans, 1996).

A reação neo-institucionalista à abordagem culturalista de Putman sobre a avaliação do desempenho institucional com base em suas relações com o contexto sociocultural, gerador dos estoques de capital social, foi expressa no trabalho de Peter Evans (1996), que demonstrou ter o Estado um papel crucial na mobilização do capital social. Para ele, as instituições públicas têm, além do monopólio da coerção, a exclusividade da mobilização dos recursos sociais. Sendo o Estado a principal arena de convergência das demandas sociais, este determina, em última instância, o sucesso das iniciativas voluntárias (Abu-el-haj, 1999).

Evans resgata, como fatores que garantem a qualidade das instituições públicas, o *esprit de corps* da burocracia meritocrática que lhe garante autonomia em relação às pressões clientelistas e, paradoxalmente, a inserção desta burocracia (*embeddedness*) em um projeto de desenvolvimento, cruzando assim a linha de divisão entre o público e o privado.

A reconstrução da esfera pública deve ser claramente identificada como parte da luta pela hegemonia e constituição de um novo bloco no poder, que atravessa o Estado e requer novos aparatos, tecnologias e processos de exercício do poder, que inscrevam as novas relações deste na ossatura organizacional do Estado.

A essas duas dimensões da esfera pública democrática deveríamos acrescentar a inovação social, entendida como a capacidade de transformação de uma sociedade, valendo-se do poder de assumir suas próprias necessidades e de modificar suas estruturas para incorporar novas soluções tecnológicas (Tobar & Pardo, 2000).

No contexto de construção de uma sociedade democrática, a dimensão da inovação social diz respeito à transformação das estruturas de gestão pública, a fim de abrir o Estado a processos de co-gestão pública, estatal e não estatal, como forma de inclusão dos interesses dominados na esfera pública, para além da forma tradicional de representação (Genro, 1997). A geração de redes associativas como formato predominante na estruturação da esfera pública democratizada vem requerer uma nova tecnologia gerencial capaz de promover processos sinérgicos entre as instituições estatais democratizadas e as organizações da sociedade que, por se fundamentarem no alcance de bens públicos por meio das relações voluntárias de cooperação, geram maior capital social (Fleury, 2002).

A discussão sobre a governabilidade democrática não foi capaz de transcender os limites do modelo de democracia representativa, apesar de sua demonstrada

incapacidade de produzir condições para a inclusão social em entornos de alta iniqüidade. A existência de zonas em que a legalidade democrática inexiste, portanto, imunes ao Estado, sempre ocorreu em todas as democracias. A persistência secular do âmbito da empresa e da família como domínios privados, nos quais a autoridade Estatal estava ausente, fez parte da construção das democracias consolidadas, sendo espaços de muito recentes processos de publicização.

No entanto, a ausência da autoridade pública atinge dimensões crônicas na América Latina, seja como parte dos mecanismos de exclusão social, seja como conseqüência do crescimento da violência urbana em regiões/populações deserdadas pela política pública. Recentemente, o crescimento da presença de organismos financeiros internacionais e sua lógica de desenvolvimento de projetos em substituição às políticas públicas tem acentuado o fenômeno do crescimento de uma institucionalidade e burocracia em paralelo aos órgãos estatais, reduzindo a capacidade de articulação e implementação de uma lógica comum e sabotando a capacidade de institucionalizar a autoridade pública, sobretudo em países com déficits agudos de estatalidade.

A tentativa de introduzir procedimentos deliberativos tem sido vista como capaz de atenuar a enorme disparidade regional na distribuição dos recursos, que terminaria sendo reificada por meio da democracia representativa, podendo gerar espaços públicos nos quais o poder político é exercido de forma coletiva, entre pessoas consideradas iguais. A democracia representativa é vista como facilitadora do exercício democrático em escala ampliada, assim como para redução de desigualdades entre os participantes da esfera pública, mas não para tratar da iniqüidade e exclusão sociais, além de ser extremamente limitada para representar a diversidade e a multiplicidade de identidades.

A proposta da introdução de mecanismos de participação em um espaço deliberativo tem sido vista como um acréscimo à democracia representativa, já que esta última é considerada imprescindível para manter a competição e o pluralismo necessários a um sistema político democrático. A introdução de uma outra gramática social e cultural de organização da sociedade e resolução de conflitos dá ênfase à inovação social, articulada com a inovação institucional da democracia.

A democracia deliberativa é um arranjo institucional que facilita a livre argumentação entre cidadãos iguais pelo provimento, por exemplo, de condições favoráveis de expressão, associação e participação, assegurando que estes cidadãos serão tratados como livres e iguais na discussão, e vincula a autorização ao exercício do poder público a esta argumentação pública, estabelecendo um marco que

assegura a responsabilidade e *accountability* do poder público a ela, por meio de eleições competitivas regulares, condições de publicidade, supervisão legislativa etc. (Cohen, 1998).

Como arranjo institucional, a democracia deliberativa requer a criação de espaços públicos de representação, negociação e concertação e toda uma tecnologia social de arbitragem a ser desenvolvida pelo Estado. O redesenho do Estado para permitir esta forma capilar de interação com a sociedade civil, o desenvolvimento de novas tecnologias sociais de definição de prioridades tomando por base as demandas expressas pela população, negociadas perante os demais participantes segundo regras previamente acordadas, representa o colossal desenvolvimento de uma tecnologia social de gestão e planejamento públicos, cuja expressão mais desenvolvida é encontrada no Orçamento Participativo de Porto Alegre (RS). A partir desta experiência, Luciano Fedozzi (2000) elabora um conjunto de proposições analíticas, tais como:

- A importância do capital social acumulado. A prática do enfrentamento dos movimentos sociais foi fundamental para a construção de suas identidades valendo-se de uma cultura cívica com base nos direitos, mas foi insuficiente para enfrentar a realidade de co-gestão. Esta requer novas práticas propositivas e de negociação com os demais atores e poderes.
- A importância das tecnologias de gestão como fator decisivo para o sucesso da participação popular e da inversão de prioridades. Faz-se necessário aumentar a capacidade administrativa e operacional do poder público para realizar o processamento técnico-administrativo das demandas sociais e transformá-las em ações governamentais eficazes.
- Dois movimentos dialeticamente relacionados estão na práxis de sua construção: de dentro para fora do Estado e de fora para dentro. Um fator decisivo foi quebrar as barreiras burocráticas e permitir o controle social, assumindo a noção de democratização radical do Estado e da necessidade de publicizá-lo mediante instrumentos de controle social. Esta noção de democracia radical – cujo conceito de cidadania ativa tornou-se central para o projeto estratégico – foi viabilizada por um conjunto de políticas institucionais capazes de efetivar a esfera pública de co-gestão dos recursos públicos.
- A reformulação do princípio do monopólio da representação comunitária nas mãos do governo eleito gerou numerosas tensões: entre a democracia representativa e a nova sistemática de organização do poder local; disputas

regionais/locais das comunidades e a necessidade de o governo planejar e atuar em toda a cidade; conflitos entre aspectos técnicos, inerentes à administração e aspectos políticos de participação.
- A adesão ao projeto de democratização radical do Estado requer um vínculo entre participação e resultados materiais, sob pena de corrosão da base objetiva que sustenta a credibilidade popular no processo de participação social.
- A participação foi capaz de alterar a lógica da espoliação urbana e permitiu a inversão das prioridades governamentais, mas não foi suficiente para alterar a lógica perversa da produção destas carências.

Para concluir, retomo os princípios fundamentais da democracia deliberativa que são: o reconhecimento, a participação e a redistribuição.

A democracia como governo dos cidadãos envolve um processo psicossocial de reconhecimento do outro, em diferentes formas, que incluem as relações primárias de amor e amizade, as relações jurídicas de direitos da cidadania, e a comunidade de valores que possibilitam tanto a estima social hierarquizada, ou *status*, quanto a estima social simétrica, ou solidariedade (Honneth, 2003). As lutas pelo reconhecimento por parte dos setores cujas identidades e demandas são excluídas da agenda pública têm sido o motor da busca de novas formas de construção da institucionalidade democrática, atuando também como fator de promoção da redistribuição. Desse modo, a justiça social não se encontra restrita à redistribuição, ou à luta de classes, incluindo cada vez mais outros aspectos de subordinação, como gênero, raça, etnia, sexualidade, religião, nacionalidade.

O elemento da participação em espaços públicos deliberativos é um requisito para a expansão da cidadania, já que, segundo Vera da Silva Telles (1994: 45) "é impossível fazer dos direitos referências que estruturem identidades cidadãs numa sociedade que destitui, por todos os lados, cada um e todos, de um lugar de reconhecimento". Portanto, a democratização da esfera pública "depende de espaços públicos de representação e negociação, nos quais os direitos possam se firmar como medida no gerenciamento dos conflitos e como parâmetro no reordenamento da vida econômica e social".

A experiência recente tem demonstrado que o reconhecimento e a participação, em situações nas quais não ocorre a redistribuição tem sido um elemento capaz de gerar insatisfação e desconfiança em relação às instituições democráticas. Isto nos leva à necessidade permanente de refundação do pacto de poder, não apenas das regras do seu exercício e sua institucionalidade.

A Seguridade Social Inconclusa

Breve Histórico da Proteção Social

As políticas sociais brasileiras desenvolveram-se a partir do início do século passado, e por um período de cerca de 80 anos, configurando um tipo de padrão de proteção social só alterado com a Constituição Federal de 1988. O sistema de proteção social brasileiro, até o final da década de 1980, combinou um modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais. Ambos os sistemas foram organizados e consolidados entre as décadas de 1930 e 1940, como parte do processo mais geral de construção do Estado moderno, intervencionista e centralizador, após a revolução de 1930. Datam desta época a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) em substituição às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), a Legião Brasileira de Assistência (LBA), o Ministério da Educação e Saúde e o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp).

As diferenças entre o modelo de seguro social aplicado à Previdência Social e o modelo assistencial são conhecidos (Fleury, 1997). No 'modelo assistencial' as ações, de caráter emergencial, estão dirigidas aos grupos de pobres mais vulneráveis, inspiram-se em uma perspectiva caritativa e reeducadora, organizam-se com base na associação entre trabalho voluntário e políticas públicas, estruturam-se de forma pulverizada e descontínua, gerando organizações e programas muitas vezes superpostos. Embora permitam o acesso a certos bens e serviços, não configuram uma relação de direito social, tratando-se de medidas compensatórias que terminam por ser estigmatizantes. Por isso, denomino esta relação como de 'cidadania invertida' na qual o indivíduo tem que provar que fracassou no mercado para ser objeto da proteção social (Fleury, 1997).

No 'modelo de seguro social', a proteção social dos grupos ocupacionais estabelece uma relação de direito contratual, na qual os benefícios são condicionados às contribuições pretéritas e à afiliação dos indivíduos a tais categorias ocupacionais que são autorizadas a operar um seguro. A organização altamente fragmentada dos seguros expressa a concepção dos benefícios como privilégios diferenciados de cada categoria, como resultado de sua capacidade de pressão sobre o governo. Como os direitos sociais estão condicionados à inserção dos indivíduos na estrutura produtiva, Wanderley Guilherme dos Santos (1979) denominou a relação como de 'cidadania regulada' pela condição de trabalho.

No período da democracia populista (1946-1963) a expansão do sistema de seguro social vai fazer parte do jogo político de intercâmbio de benefícios por legitimação dos governantes, beneficiando de forma diferencial os grupos de trabalhadores com maior poder de barganha. Fenômeno este que ficou conhecido como 'massificação de privilégios' e implicou o aprofundamento da crise financeira e de administração do sistema previdenciário.

A inflexão que vão sofrer os sistemas e mecanismos de proteção social a partir da instauração do regime burocrático-autoritário em 1964 obedeceu a quatro linhas mestras: a centralização e a concentração do poder em mãos da tecnocracia, com a retirada dos trabalhadores do jogo político e da administração das políticas sociais; o aumento de cobertura, incorporando, precariamente, grupos antes excluídos, as empregadas domésticas, os trabalhadores rurais e os autônomos; a criação de fundos e contribuições sociais como mecanismo de autofinanciamento dos programas sociais (FGTS, PIS-Pasep, Finsocial, FAS, Salários-Educação); a privatização dos serviços sociais (em especial a educação universitária e secundária e a atenção hospitalar).

Nos meados da década de 1970, a luta pela democratização das políticas adquire novas características e estratégias. Antes confinada às universidades, aos partidos clandestinos e aos movimentos sociais, passa cada vez mais a ser localizada no interior do próprio Estado. Primeiramente, a partir das experiências inovadoras desenvolvidas pelas prefeituras oposicionistas eleitas em 1974; em segundo lugar, no interior dos órgãos centrais, responsáveis pelas políticas sociais, buscando aproveitar a crise financeira e do modelo das políticas sociais para introduzir elementos de transformação; em terceiro lugar, há um fortalecimento das capacidades técnicas dos partidos políticos e do parlamento, que passam a tomar a problemática social como parte de suas plataformas e projetos de construção de uma sociedade democrática.

O resgate da dívida social passa a ser um tema central da agenda da democracia, convergindo para ele movimentos de natureza diversa. Este processo intensifica-se na década de 1980 com o surgimento de um rico tecido social emergente a partir da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária de oposição, e da organização de movimentos setoriais capazes de formular projetos de reorganização institucional, como o Movimento Sanitário.

Toda esta efervescência democrática foi canalizada para os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, que se iniciaram em 1987. Em boa medida, a

construção de uma ordem institucional democrática supunha um reordenamento das políticas sociais que respondesse às demandas da sociedade por maior inclusão social e eqüidade. Projetada para o sistema de políticas sociais como um todo, tal demanda por inclusão e redução das desigualdades adquiriu as concretas conotações de afirmação dos direitos sociais como parte da cidadania.

O Padrão Constitucional de 1988

A Constituição Federal de 1988 representa uma profunda transformação no padrão brasileiro de proteção social, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e o formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e a integrar as estruturas governamentais.

A Constituição de 1988 avançou em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais, expressos no Capítulo da Ordem Social, inovando ao consagrar o modelo de Seguridade Social, como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (Título VIII, Capítulo II, Seção I, art. 194). A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da seguridade social introduz a noção de 'direitos sociais universais como parte da condição de cidadania', sendo que antes eram restritos à população beneficiária da previdência.

O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela 'universalidade' na cobertura, o reconhecimento dos 'direitos sociais', a afirmação do 'dever do Estado', a subordinação das práticas privadas à regulação em função da 'relevância pública das ações e serviços' nestas áreas, uma perspectiva 'publicista' de cogestão governo-sociedade, um arranjo organizacional 'descentralizado'.

Este novo modelo foi expresso nos princípios organizadores da Seguridade Social: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos

benefícios e serviços; eqüidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento e gestão quadripartite, democrática e descentralizada, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo em órgãos colegiados. Além disso, introduziu a noção de uma renda de sobrevivência, de caráter não contributivo, ao assegurar um benefício financeiro de prestação continuada para idosos e deficientes incapazes de trabalhar.

Enquanto o modelo de seguridade social originalmente proposto por Beveridge[1] previa um benefício único universal, correspondente a um mínimo vital, a ser assegurado pelo sistema público, nossa proposta de seguridade articulou três sistemas previamente existentes, regidos por lógicas diversas: a saúde pela necessidade, a previdência pela condição de trabalho e a assistência pela incapacidade. O entendimento de que a Previdência é um sistema contributivo (art. 201) e que requer uma base de cálculo atuarial para garantir sua sustentabilidade não a separa do modelo solidário e distributivo da Seguridade Social, pois o espírito da Constituição de 1988 é assumir que a contribuição requerida não é, necessariamente, feita sobre o salário do trabalhador.

Assim, os princípios orientadores da Seguridade Social não se aplicam igualmente a todos os setores, sendo a universalidade da cobertura e do atendimento o eixo do novo sistema de saúde, a uniformidade e equivalência dos benefícios e sua irredutibilidade a base da reforma da previdência social e a seletividade e distributividade o princípio orientador da política de assistência social. No entanto, apesar de haver maior adaptabilidade de princípios às áreas, a sua integração sob o mesmo conceito de seguridade social supunha uma contaminação positiva entre os três componentes.

O padrão constitucional da proteção social inovou, mesmo em relação ao modelo original da seguridade social, na organização dos setores componentes deste modelo, subordinando-os a dois princípios básicos: a participação da sociedade e a descentralização político-administrativa. Ou seja, o novo formato das políticas sociais deveria aprofundar o duplo movimento de democratização, qual seja, a partir do nível central em direção ao nível local e do Estado em direção à sociedade. A ênfase na participação da sociedade é um aspecto muito salientado no texto constitucional, refletindo uma resposta às reivindicações dos movimentos sociais em toda a década de 1980, bem como às formulações dos grupos reformistas na área da saúde, ao longo dos anos de ditadura.

---

1 Trata-se de sir William Beveridge que, em 1942, propõe um plano de reestruturação da Previdência Social na Inglaterra.

A originalidade da Seguridade Social brasileira está dada em seu forte componente de reforma do Estado, ao redesenhar as relações entre os entes federativos e ao instituir formas concretas de participação e controle sociais, como mecanismos de articulação e pactuação entre os três níveis de governo. A organização dos sistemas de proteção social deveria adotar o formato de uma rede descentralizada, integrada, com comando político único e um fundo de financiamento em cada esfera governamental, regionalizada e hierarquizada, com instâncias deliberativas que garantissem a participação paritária da sociedade organizada, em cada esfera governamental.

O modelo constitucional ficou caracterizado pelo desenho dos sistemas de políticas sociais de saúde e de assistência de forma descentralizada e participativa. No caso da Previdência este modelo não se aplicava por completo, dada a resistência à descentralização, embora tenha sido criado também um conselho no qual beneficiários e contribuintes têm assento, em resposta à grande mobilização dos aposentados e dos sindicatos.

Em termos organizacionais, o Ministério da Saúde finalmente absorveu a rede de serviços de atenção à saúde da Previdência (Inamps) e passou a ser o único responsável por todos os serviços de saúde, com exceção do benefício de auxílio-doença. O Ministério da Previdência e Assistência Social[2] ficou responsável pelas duas áreas, mas foram transferidos para a de Assistência Social todos os benefícios assistenciais da Previdência (renda mensal vitalícia (RMV),[3] auxílio-natalidade e auxílio-funeral), além do novo benefício de prestação continuada, e o papel de atribuir o caráter de filantropia às instituições, o que lhes garante isenção das contribuições previdenciárias.

Os constituintes preocuparam-se em reduzir a vulnerabilidade do sistema de seguridade social, cuja base de contribuição sobre a folha de salários havia se demonstrado pró-cíclica, inviabilizando as finanças previdenciárias nos momentos de crise econômica, quando a população mais demandas apresenta.

Além disso, a adoção de um modelo solidário e redistributivo implicou o imediato aumento das despesas, como, por exemplo, ao duplicar o valor dos benefícios rurais com sua equivalência ao salário mínimo urbano. A mesma linha de raciocínio pode ser aplicada à população urbana, já que se fez necessária a adoção de um

---

2 Lei n. 8.689, de 1993.

3 A RMV foi instituída pela Lei n. 6.179/74 e extinta em 1991, pela Lei n. 8.213, que estipulou dezembro de 1995 como limite para a solicitação de benefícios.

perfil de financiamento mais estável num quadro marcado pela precariedade das relações de trabalho.

Para tanto, foram diversificadas as fontes de financiamento, e a Constituição estabeleceu que:

> a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das contribuições sociais:
> I – dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;
> II – dos trabalhadores;
> III – sobre a receita de concursos de prognósticos. (art. 195)

Desta forma, buscou-se integrar contribuições sobre salários realizadas por empregados, empregadores e autônomos; contribuições sobre o lucro líquido das empresas financeiras (CSLL); e contribuições sobre o faturamento das empresas (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins). Tal sistemática de financiamento não foi criada por acaso, pois buscava mecanismos de solidariedade e de estabilização do sistema, buscando romper com a arraigada noção do seguro social, de que existe uma relação inexorável entre contribuição e benefício.

A concretização deste modelo de Seguridade Social se realizaria com a criação do Orçamento da Seguridade Social, modalidade de integração nunca implementada, de todos os recursos oriundos das distintas fontes, a serem distribuídos entre os três componentes: Saúde, Previdência e Assistência. No entanto, a Constituição Federal de 1988 não estabeleceu o modo de operação deste mecanismo, o que permitiu que, quase imediatamente, houvesse uma especialização das fontes de financiamento em relação ao destino, ao arrepio da lei. Como a Previdência era a arrecadadora das contribuições, reservou para si a folha de salários, e foram atribuídos à Saúde os recursos das contribuições sobre o lucro (Finsocial, Fundo de Investimento Social e, depois, CSLL) – questionadas juridicamente como bitributação pelos empresários até 1993 – e à Assistência foram destinados os recursos sobre o faturamento (Cofins).

A arena política onde se travavam as lutas e negociações entre os diferentes atores foi o Congresso Nacional, na forma de Assembléia Nacional Constituinte. Partidos políticos e congressistas foram atores privilegiados, canalizando para seu espaço as pressões dos diferentes grupos de interesse, incluindo a burocracia previdenciária, os movimentos sociais, as centrais sindicais, as representações empresariais, as associações profissionais como a Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (Anfip) e as que representavam os beneficiários.

O arcabouço legal da Seguridade Social seria completado com a promulgação das leis orgânicas, em cada setor, que finalmente definiriam as condições concretas pelas quais estes princípios constitucionais e diretivas organizacionais iriam se materializar. No entanto, havia mudado a correlação de forças que favorecera a promulgação deste modelo constitucional.

Em toda a América Latina e, em particular, no Brasil, vivia-se, neste momento, uma grave crise econômica que exigia uma série de reformas, algumas profundas. Como diagnóstico da crise, apresentava-se o elevado endividamento público, decorrente da incapacidade estrutural do Estado de gerar a poupança interna necessária ao desenvolvimento sustentável do país. Uma política reformista, que incluiu a privatização do patrimônio do Estado, a reforma administrativa introduzindo práticas gerenciais oriundas dos negócios privados e a retirada do Estado da provisão de serviços foi fortemente indicada pelas agências internacionais como a solução capaz de devolver ao país os níveis de crescimento social e econômico alcançados no passado. É na esteira do discurso reformista, de cunho marcadamente neoliberal, ditado pela orientação ortodoxa na economia dos últimos anos, que se desenvolveram os debates acerca da necessidade de reorganização do modelo de seguridade.

A regulamentação dos novos dispositivos constitucionais relativos à seguridade social foi bastante conflituosa. As leis orgânicas da área foram promulgadas após um processo intenso de conflitos e barganhas, e em um contexto político em que o Executivo era abertamente hostil ao seu conteúdo reformista original.

Todas as leis orgânicas[4] – da Saúde, Previdência e Assistência – tiveram que ser negociadas nesta nova conjuntura desfavorável, e sua maior ou menor correspondência com os preceitos constitucionais foi fruto da capacidade política de resistência às tendências de privatização, recentralização, capitalização e focalização que ameaçaram a implantação da seguridade social. A maior fragilidade se fez

---

4 Na área da Saúde foram finalmente promulgadas as Leis n. 8.080 e 8.142 de 1990, que regulam as ações, a organização e o funcionamento dos serviços e dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a alocação dos recursos financeiros e sobre a estrutura dos conselhos e das conferências de saúde. Na área da Previdência, as inovações constitucionais foram regulamentadas pela Lei n. 8.212/91, intitulada Lei Orgânica da Seguridade Social, mas que apenas estabelece o Plano de Custeio da Previdência Social, e pela Lei n. 8.213/91, que estabelece o Plano de Benefícios da Previdência Social. A Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) demorou cinco anos para ser promulgada (Lei n. 8.742/93), instituindo o Conselho Nacional de Assistência Social, responsável pela política nacional e pela gestão do Fundo Nacional de Assistência Social.

sentir na área de assistência social, devido à baixa capacidade de reivindicação dos usuários destes benefícios, apesar do forte movimento dos profissionais da área, resultando na aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), apenas em 1993. Os critérios para obtenção do benefício de prestação continuada (BPC/Loas, no valor de um salário mínimo) foram definidos de forma tão restritiva que o benefício se tornou excessivamente focalizado, com atendimento exclusivo às populações de 'alto risco social'.[5]

Para seus críticos, a introdução da Seguridade Social como preceito constitucional inviabiliza a Previdência Social do ponto de vista financeiro, pois foram aumentados os valores dos benefícios e flexibilizadas as condições de acesso aos mesmos, não houve vinculação de benefícios com contribuições e não houve separação entre as contas da Previdência e Assistência (Velloso, 1999).

Para alguns dos defensores do conceito de Seguridade Social, esta já não tem mais existência formal nem administrativa, desde que a legislação ordinária separou as três áreas componentes, nem financeira, já que houve uma progressiva especialização das fontes, que se acentuará no período seguinte (Vianna, 2003).

Ao nosso ver, a seguridade social, como princípio reitor da proteção social, consagrado na Constituição Federal de 1988, não foi concluída organizacional, financeiramente ou em relação ao padrão de benefícios e à cobertura. No entanto, segue como norteador dos movimentos e lutas sociais atravessando a burocracia pública, na defesa dos direitos sociais universais, tendo demonstrado sua capacidade de resistência às conjunturas mais adversas.

A REFORMA SANITÁRIA E A REFORMA ADMINISTRATIVA DO SUS

O movimento que impulsionou a Reforma Sanitária brasileira colocou para si como projeto a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público.

As diretrizes que orientaram este processo foram:

- um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos;

5 Em relação à renda (renda mensal familiar *per capita* abaixo de um quarto do salário mínimo), ou idade (acima de 67 anos), ou incapacidade para a vida independente e para o trabalho (incapaz de escovar os dentes, além de não se aplicar a pessoa em cuja família exista algum beneficiário de outro programa da Previdência Social ou do seguro-desemprego).

- um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde-doença;
- um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática;
- um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

No entanto, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada na Constituição Federal de 1988, ocorreu em um contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS.

Foram retomadas as orientações liberais que propugnaram forte redução da presença do Estado, seja na economia, seja nas políticas sociais. Para tanto, utilizaram-se instrumentos como a privatização das empresas estatais e mesmo de serviços sociais, a redução da pauta e/ou valor dos benefícios sociais juntamente no aumento das dificuldades para alcançá-los, a introdução de mecanismos da economia de mercado como a competição gerenciada na organização dos serviços sociais, a redução do papel de provedor do Estado com a transferência desta competência a organizações civis lucrativas ou não.

Ainda com relação ao aparato estatal houve uma desmontagem das carreiras profissionais e dos núcleos produtores de conhecimento e estratégias ligados ao projeto de desenvolvimento nacional, vistos como comprometidos com a lógica, seja populista, seja intervencionista, do modelo econômico anterior, visto como responsável pela crise fiscal do Estado.

O predomínio da lógica de acumulação do capital financeiro teve como conseqüência para as economias endividadas dos países menos desenvolvidos sua inserção como exportadores líquidos de capital por meio do pagamento dos juros sobre a dívida pública. A política pública passa a ter como objetivo central a estabilização monetária, mesmo quando isto implicou o abandono do crescimento econômico como conseqüência de uma política de juros que promoveu uma absurda transferência de recursos da área produtiva para o Estado, por meio do aumento da carga tributária, e do Estado para o capital financeiro, por meio do pagamento dos juros sobre a dívida e títulos públicos.

Cultural e socialmente, houve uma transformação que acentuou valores como o individualismo e o consumismo, com as elites e setores das altas camadas

médias orientadas cada vez mais para um padrão norte-americano de sociedade de consumo, em detrimento de valores como a solidariedade, a igualdade e a participação cívica. O divórcio entre uma classe média alienada da realidade nacional e a população marginalizada da globalização reflete-se na saúde na existência de um sistema de seguros privados e um sistema público para os mais pobres, mas ao qual os assegurados recorrem em várias situações.

O esgarçamento de um tecido social que começara a aflorar em décadas anteriores, com a forte presença dos movimentos sociais e a negação das expectativas solidificadas com a transição à democracia, vai ter como conseqüências a ausência de mecanismos de integração social, seja por meio de um mercado de trabalho cada vez mais informal, seja por meio de políticas de proteção social que não alcançam combater a exclusão e a desigualdade, que marginalizam setores populacionais em situação de periculosidade e vulnerabilidades crescentes nas grandes cidades. O aumento e a banalização da violência passam a ser o cotidiano dos centros urbanos, revelando, paradoxalmente, a incapacidade da democracia eleitoral de gerar mecanismos de coesão social.

Na área de políticas sociais há uma substituição do modelo corporativo, de acesso limitado e fragmentado por setores ocupacionais, por um novo modelo que se baseia na individualização do risco. Para aqueles que podem pagar por seus riscos sociais há uma explosão de oferta de seguros sociais em áreas como a saúde e as aposentadorias. Esta expansão do mercado ocorre seja com a anuência e promoção do Estado por meio de subsídios e renúncias fiscais, seja pela ausência de uma regulamentação efetiva que possa conter os abusos e desrespeitos aos direitos dos consumidores. Só depois de fortalecido este mercado, seria promovida sua regulamentação, ainda recente e precária, permitindo que os portadores de seguros sejam também usuários do SUS, que termina funcionando como um tipo de resseguro para alguns tratamentos.

Para a população mais pobre, o princípio da individualização dos riscos vai se concretizar em programas de proteção focalizados, cujos benefícios em serviços ou transferências de renda implicam requerimentos de provas de necessidade e cumprimento de certas condicionalidades impostas aos beneficiários. Desta forma, a política social passa a funcionar como mecanismos simultâneos de promoção e controle social, desvinculadas da condição de exercício de um direito social.

Há um retrocesso importante na luta ideológica pela construção da saúde como um valor público – a saúde passa a ser vista como um bem de consumo, e, mais do que isto, como um modelo de consumo caracterizado pela ausência da dor

e do sofrimento, a busca inesgotável do prazer e da construção no próprio corpo de um padrão estético de beleza a ser atingido por meio de sucessivas intervenções (das tatuagens às cirurgias plásticas, passando pelas vitaminas e anabolizantes).

De novo, trata-se de um modelo social que prescinde de laços sociais, em que o outro se torna objeto e não um sujeito que deve ser mais que tolerado, reconhecido como igual (ainda que diverso) em um processo de comunicação na esfera pública.

Este contexto no qual o movimento da Reforma Sanitária constrói sua institucionalidade é, pois, altamente desfavorável e cheio de dilemas e contradições a serem enfrentados.

A construção e materialização do projeto da reforma se dá por meio de três processos que, embora simultâneos, têm compassos distintos, e tais descompassos geram novas tensões e algumas complementaridades. São eles os processos de 'subjetivação', de 'constitucionalização' e de 'institucionalização'.

A subjetivação diz respeito à construção de sujeitos políticos, a constitucionalização trata da garantia de direitos sociais, e a institucionalização trata do aparato institucional – incluindo os saberes e práticas – que implementam a política de saúde.

Alain Touraine (1988) designa

> por sujeito a construção do indivíduo (ou grupo) como ator, através da associação de sua liberdade afirmada com sua experiência de vida assumida e reinterpretada. O sujeito é o esforço de transformação de uma situação vivida em ação livre; introduz a liberdade no que aparece, em primeiro lugar, como determinantes sociais e herança cultural. (Touraine, 1988: 23)

Ainda afirma que:

> Um indivíduo é um sujeito se, em suas condutas, consegue associar o desejo de *liberdade* com a filiação a uma cultura e o apelo à *razão*; portanto, um princípio de individualidade, um princípio de particularismo e um princípio universalista. (Touraine, 1996: 28)

Desse modo, a primeira etapa de luta pela democracia foi também aquela em que predominou a construção de sujeitos políticos capazes de formular e conduzir o processo da Reforma Sanitária. Se nesta fase os atores políticos assumem um caráter de movimento social – o movimento sanitário em suas várias expressões – à medida que a institucionalização e a constitucionalização ocorrem, novos sujeitos emergem na cena política e passam mesmo a ter nela o predomínio.

Em outras palavras, o êxito da reforma como fruto das lutas deste ator político, o movimento sanitário, vai gerar, contraditoriamente a superação deste caráter de movimento vindo da sociedade civil como crítica ao Estado, em direção a atores políticos que são parte da institucionalidade estatal, tais como os secretários municipais e estaduais de saúde, os promotores públicos, a burocracia reformadora.

Se a hipertrofia da subjetivação pode representar uma tendência seja, à individualização anômica, seja ao 'basismo', a hipertrofia da constitucionalização tem como conseqüência a judicialização da política e a hipertrofia da institucionalização implica a burocratização dos processos sociais.

Na fase intermediária da reforma houve uma crescente normalização do processo de descentralização, com um emaranhado de normas operacionais e mecanismos de repasses de recursos financeiros que terminaram por assegurar à burocracia central a preservação de poder, mesmo que isto tenha levado ao arrefecimento da política.

No entanto, o fortalecimento de atores políticos institucionais como os secretários de saúde, gerou tensões crescentes no exercício do poder compartilhado, acarretando conflitos que foram trabalhados a partir das esferas de pactuação que haviam sido institucionalizadas, tendo gerado, no momento atual, o Pacto da Saúde, que inclui os importantes Pacto pela Vida e Pacto de Gestão (Ministério da Saúde, 2006).

No entanto, a desigual distribuição de recursos e poder entre os atores tende a favorecer sempre aos grupos de gestores e aos grupos corporativos, impedindo que os ideais da reforma se concretizem e garantam a centralidade do usuário cidadão.

Este é o maior desafio da fase atual da reforma, que envolve não apenas a garantia do acesso dos usuários, mas a reorientação das lógicas burocrática e profissional, que atualmente organizam o sistema, em direção a outra lógica que, por ter o usuário como central ao sistema de saúde, garante seus direitos desde a humanização do acolhimento até a eficácia e resolutibilidade do cuidado.

Por fim, caracteriza também a fase atual de implantação do SUS a presença marcante dos atores jurídicos e até mesmo o desenvolvimento de um ramo do Direito que ficou conhecido como Direito Sanitário. Esta é uma conseqüência da constitucionalização do direito à saúde. No entanto, como a Justiça tende a entender o direito à saúde como um direito individual e não como direito coletivo, ela age em função daqueles pacientes que, por possuírem maior informação e maiores recursos, são capazes de acioná-la quando têm seus direitos negados. Ao atender a estas demandas individuais a Justiça impede o planejamento das ações de saúde e

muitas vezes canaliza os escassos recursos para procedimentos individuais em detrimento de ações coletivas.

Sendo assim, é preciso retomar a perspectiva de difusão da consciência sanitária, como consciência política do direito à saúde, já que está provado que não se cria a igualdade por decreto, mas somente por meio da lei.

Com relação à institucionalidade, o SUS operou uma reforma democrática do Estado que, mesmo tendo enfrentado todas as pressões dos governos que adotaram um modelo de reforma distinto e que pressupunha o esvaziamento da função estatal de provedor, conseguiu não apenas se manter, como servir de modelo para a reorganização de sistemas de gestão compartilhada em outras áreas (como a assistência social e a segurança pública).

O modelo de reforma do Estado embutido na institucionalização do SUS foi sustentável tanto por ter conseguido manter uma coalizão reformadora orgânica e atuante, como por fazer o processo avançar com base na legislação existente, ou seja, no que ficou conhecido como "o desafio de fazer cumprir a lei". Neste sentido, subjetivação, institucionalização e constitucionalização funcionaram de maneira sinérgica e complementar.

O SUS pode ser visto como um modelo de republicanismo cívico por sua capacidade, juntamente a outros esforços, de permitir o revigoramento das instituições republicanas, seja no fortalecimento do Legislativo com a atuação cada vez mais qualificada da Comissão da Seguridade Social e da Família e com ação suprapartidária da Frente Parlamentar da Saúde; seja na Justiça, ao desenvolver o Direito Sanitário e a ação e organização dos procuradores públicos que atuam na saúde (por intermédio da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde – Ampasa), seja no Executivo, ao introduzir um modelo de co-gestão e de redes de políticas.

O SUS reorganizou o Executivo lançando mão dos seguintes instrumentos e processos:

- Mecanismos de participação e controle social representados pelos Conselhos de Saúde, existentes em cada uma das esferas governamentais, com representação paritária de 50% de membros do Estado e 50% de membros da sociedade civil. Os Conselhos, além de instrumentos de controle social, externos ao aparelho do Estado, devem ser entendidos como "componentes do aparelho estatal, quando funcionam como engrenagens institucionais com vigência e efeitos sobre os sistemas de filtros, capazes de operar alterações nos padrões de seletividade das demandas" (Carvalho, 1999).

- Mecanismos de formação da vontade política, as Conferências de Saúde, realizadas periodicamente em todos os níveis do sistema. Colocam em uma interação comunicativa e deliberativa, todos os atores sociais em interação em uma esfera pública e comunicacional. Além de mecanismos de aprendizagem e reconhecimento social, esta instância fortalece a sociedade organizada que participa do processo de construção dos lineamentos políticos mais amplos do sistema, embora sem caráter vinculativo.
- Mecanismo de gestão compartilhada, negociação e pactuação entre os entes governamentais envolvidos em um sistema descentralizado de saúde. A suposição de interesses distintos e de câmaras institucionais de negociação destas diferenças e de geração de pactos de gestão é um das grandes inovações deste modelo federativo inovador que assume a diferenciação como realidade e a igualdade como princípio político e meta-institucional.

Trata-se de um federalismo diferenciado pelas desigualdades sociais e regionais existentes na sociedade brasileira, mas que iguala ao criar mecanismos de descentralização, pactuação e participação geradores de novas capacidades e poderes locais.

A revisão periódica do SUS de forma a enfrentar as diferenças internas e as ameaças constantes representadas pela ausência de recursos financeiros necessários e pela crescente presença do mercado de seguros, tem sido um desafio constante. Ainda que se possa dizer que com isto se alcançou o objetivo de construir um valor público, de tal forma que a política de saúde seja hoje mais uma questão de Estado do que de governo, o certo é que ainda é um desafio para a democratização da saúde a incapacidade de transformar as práticas cotidianas que desqualificam o usuário e o destituem dos direitos humanos ao acolhimento digno e à atenção eficaz.

A incapacidade de implantar um modelo integral de atenção à saúde, de reversão da predominância do modelo curativo para um modelo preventivo, a incapacidade de melhorar a gestão do sistema de forma que gere melhorias correspondentes na gestão das unidades, a falta de uma renovação ética nos profissionais do sistema de saúde, a dependência de insumos e medicamentos cujos preços e condições de produção por grandes empresas multinacionais fogem ao controle dos Estados nacionais, e muitos outros mais, são desafios presentes no momento atual da Reforma Sanitária.

No entanto, a ênfase atual nos aspectos legais e institucionais termina por deixar de lado a necessidade de retomar, permanentemente, o caminho da construção

dos sujeitos políticos da reforma. A formação de identidades, a difusão da consciência sanitária, a organização em coalizões sociais em defesa de uma reforma radical são a única maneira de superar os entraves atuais e aprofundar a democratização da saúde. A subversão continua sendo poder pensar que a democratização da saúde é uma utopia que temos, hoje mais do que nunca, condições de construir e assim transformar o Estado e a sociedade brasileira.

Seguridade Social no Contexto Liberal

A implantação da Seguridade Social, assim como descrito no caso do SUS, se deu em um contexto altamente desfavorável, em que o predomínio do pensamento liberal colocou inúmeros obstáculos à efetivação dos preceitos constitucionais. A correlação de forças sociais que havia sido responsável pela aprovação da seguridade na Constituição deu lugar a um novo pacto de poder, para o qual o Estado passa a ser visto como um obstáculo ao desenvolvimento capitalista, devendo transferir parte de suas atribuições econômicas e sociais às empresas e organizações comunitárias.

Isto inclui a substituição de modelos corporativos ou universais de proteção social por modelos de seguro privado, que, diferentemente do antigo Seguro Social, não têm caráter coletivo e, portanto, não permitem a redistribuição e a solidariedade. Por outro lado, o Estado deveria focalizar suas ações nos pobres e indigentes, mobilizando recursos voluntários de indivíduos, organizações e empresas em ações assistenciais, em programas de ativação da cidadania, ou seja, o Estado deveria estabelecer as condições de pobreza e de promoção para o recebimento dos benefícios.

Trata-se de um modelo de individualização dos riscos, sejam eles os dos que podem obter a cobertura do mercado ou os pobres, cuja condição passa a ser pensada com base em riscos individuais. A política social abdica, assim, de qualquer projeto de construção da coesão social por meio de mecanismos inclusivos e distributivos.

No Brasil, o boicote à concretização da Seguridade Social se deu em vários níveis:

- Pela especialização das fontes de financiamento, o que impediu a real efetivação do orçamento da Seguridade Social, a qual restou apenas como figura contábil, a princípio de maneira informal e ilegal; depois, com a aprovação da Emenda Constitucional EC-20 ficou legalizada a separação das contribuições de empregados e empregadores exclusivamente para a área da Previdência.

- Pelas dificuldades na aprovação da legislação ordinária, como as Leis Orgânicas da Saúde e, posteriormente, da Assistência Social (Loas).
- Pela ausência de recursos financeiros regulares destinados às políticas de Seguridade e, mesmo, pela apropriação dos recursos destinados a estas áreas pela Constituição ou por legislação ordinária. Por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU) o governo central pode retirar a cada ano 20% dos recursos que a Constituição destinou para estas áreas, a título de flexibilização, para honrar compromissos como o pagamento dos juros da dívida. A aprovação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) com o intuito de resolver a insolvência do setor Saúde não impediu que tais recursos fossem redirecionados para outras finalidades. Por fim, todos os governos recentes usaram o mecanismo de contingenciamento dos recursos aprovados no orçamento, deixando de repassá-los às áreas sociais com o objetivo de aumentar o superávit primário, também para atender aos critérios definidos por investidores, instituições financeiras, agências internacionais, e pela burocracia econômica.
- Pela utilização dos recursos destinados à área da saúde, a partir da aprovação da EC-29, do ano 2000, para outras finalidades de políticas sociais, já que até hoje esta emenda constitucional não foi regulamentada, o que permite que o governo coloque no orçamento da saúde várias de suas prioridades sociais.
- Pela definição de critérios tão restritivos para o acesso aos benefícios assistenciais – Benefício de Prestação Continuada (BPC) – os quais impedem que a maioria dos necessitados obtenham o benefício. A idade para requerer este benefício é de no mínimo 65 – antes era de 70 anos, depois de 67, e em 2003 foi reduzida para 65 – e a renda *per capita* não pode ultrapassar um quarto do salário mínimo, quando todos os demais programas de transferência de rendas do governo exigem renda de meio salário mínimo. A definição de incapacidade para trabalhar, no caso dos deficientes, também é extremamente restritiva.
- Pelas constantes ameaças de retirada dos benefícios de aposentadorias e pensões dos trabalhadores rurais do âmbito da Previdência, atribuindo à sua condição deficitária os problemas financeiros existentes. Somente em 2007 o governo alterou a contabilidade da Seguridade Social, tornando-a mais transparente, ao reconhecer que não existe déficit e sim um conjunto de subsídios, na forma de renúncia fiscal, concedidos a vários setores, como exportadores, empregados domésticos, clubes e entidades filantrópicas, que

devem ser custeados com recursos provenientes do Orçamento Fiscal e não do Orçamento da Seguridade Social.

- Pelas constantes ameaças de desvinculação dos benefícios previdenciários do salário mínimo, conforme estabelecido pela Constituição, sob alegação de que gera déficit previdenciário, um fardo insuportável para os governos municipais e que o salário mínimo vem subindo acima da inflação (o crescimento real do salário mínimo foi de 94% entre 1995 e 2006, tendo um crescimento real de quase 10% só em 2005). Considerando-se que o piso previdenciário de um salário mínimo representa um total de 67% dos benefícios pagos pela Previdência e que os benefícios BPC+RMV (Renda Mensal Vitalícia) foram concedidos em 2005 a 2.775.740 beneficiários, podemos imaginar o impacto negativo desta proposta. Segundo o Boletim de Política Social do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2005, para cada dez idosos, quase oito estariam recebendo benefícios pagos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), sejam eles previdenciários ou assistenciais.
- Pela criação de uma dupla institucionalidade na área assistencial, tendo por um lado os programas e o sistema descentralizado proposto na Loas – responsável pelos BPC – e, por outro lado, os programas focalizados de transferência de renda para combate à pobreza por meio de concessão de bolsas (bolsa-escola e outras dessas agrupadas no Bolsa Família). Além da irracionalidade, superposição e desperdício em área com tão poucos recursos e tantas necessidades – que chegou a ter dois Ministérios – essa dicotomia evidencia duas lógicas distintas de enfrentamento do problema da pobreza, uma delas com origem na visão universalista da Constituição, Loas, e outra, fruto da orientação que privilegia a focalização (como o Programa Comunidade Solidária e Fome Zero). Somente em 2004 houve a unificação destes programas no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). A partir de então, tem início um processo consistente de fortalecimento institucional da área assistencial, com a criação do Sistema Único de Assistência Social (Suas), que segue um modelo de articulação com os municípios e participação da sociedade, buscando inserir concretamente a assistência como direito de cidadania.

Para além das diferenças de estratégias, os beneficiários dos programas assistenciais do BPC e do Bolsa Família são diferenciados em relação à sua condição de

cidadania. Enquanto os beneficiários do BPC usufruem um direito decorrente da sua condição de necessidade e de cidadania, os beneficiários dos programas focalizados recebem os benefícios como prioridades de programas de governos, por conseguinte, estão muito mais vulneráveis às mudanças políticas.

Como vimos, com todas as dificuldades, houve avanços e limitações na construção da Seguridade Social, ainda inconclusa em termos da sua institucionalidade e abrangência.

O aumento da cobertura dos programas previdenciários e assistenciais de transferência de renda tem tido um impacto significativo sobre a redução da pobreza e das desigualdades. O Brasil tem hoje 55,9 milhões de pessoas situadas abaixo da linha de pobreza. No entanto, sem os benefícios previdenciários e assistenciais, pagos a 21 milhões de pessoas, o total de pobres, segundo dados do Ministério da Previdência Social, subiria para 76,9 milhões de pessoas. Em relação aos programas de transferência de renda, estudos do Ipea (2007) concluem que o BPC tem maior impacto na redução da pobreza do que o benefício do Programa Bolsa Família, que atinge 11,1 milhões de famílias.

No entanto, ainda temos hoje 32,1 milhões de trabalhadores sem proteção da Previdência Social, sendo 28,8 milhões na faixa etária de 16 a 59 anos, ou seja, na fase produtiva da vida. Isto indica que a exclusão previdenciária está associada à inserção do trabalhador no mercado informal de trabalho. Já quando se considera a população de mais de 60 anos, 82% das pessoas estão protegidas, restando 3,3 milhões de idosos desprotegidos. Isto nos coloca em uma posição excepcional em relação à cobertura de idosos, já que a média regional é de 30% a 40% de cobertura, sendo que na Argentina e Chile ela fica em torno de 60%. Esta é a razão de o Brasil ser hoje um país em que não encontramos idosos mendigando nas ruas, ao contrário, eles têm-se tornado provedores de suas famílias e são mais respeitados na sociedade.

A desigualdade, medida pelo índice de Gini, também foi reduzida, tendo variado entre 0,583 em 1992, atingido 0,602 em 1996, e reduzindo-se pouco a pouco para 0,572 em 2004, voltando a subir levemente para 0,568 em 2005.

Na atenção à saúde o SUS mostra números expressivos de cobertura, sendo realizados a cada ano 12 milhões de internações, 1,709 milhão de consultas médicas, dois milhões de partos, 15 mil transplantes de órgãos. Além disso, são reconhecidos os esforços governamentais no desenvolvimento de programas de imunizações, de DST/Aids, controle do tabagismo, reforma psiquiátrica, saúde da família.

No entanto, embora o gasto público em saúde venha aumentando desde a aprovação de um mecanismo regular de financiamento em 2000, situando-se em

torno de 3,6% do PIB, grande parte deste volume de recursos vem sendo aportada pelos governos municipais e estaduais, cuja participação vem crescendo no conjunto do financiamento da saúde.

O perfil de morbi-mortalidade mostra que o país apresenta resultados muito aquém da sua capacidade, quando comparado com outros países com crescimento econômico similar ou mais baixo, revelando a convivência de problemas decorrentes da falta de acesso ou baixa qualidade da atenção, como em relação às elevadas taxas de mortalidade infantil e materna, problemas típicos de sociedades mais desenvolvidas – como a crescente elevação da taxa de mortalidade por doenças não transmissíveis – junto à elevada taxa de mortalidade por acidentes e violência. Além disso, persistem enormes diferenças por regiões, por renda, por raça e gênero. Tais diferenças, embora venham sendo reduzidas, se expressam não apenas nos indicadores de saúde, mas também nos demais indicadores sociais, como educação e cobertura previdenciária.

Para uma Seguridade Social Inclusiva e Diferenciada

Para concretizar o processo de democratização e universalização da proteção social no Brasil serão necessários dois movimentos simultâneos: o primeiro em direção à universalização da proteção social e o segundo em relação à sua diferenciação.

Aparentemente, este seria um movimento paradoxal, já que a universalização pressupõe a igualdade e a diferenciação a singularidade. No entanto, vemos que a dicotomia entre políticas e sistemas sociais universais ou focalizados, que atravessou a década de 1990, já foi superada pela complexidade da realidade social. As experiências de privatização dos sistemas de proteção social demonstraram o aumento da segmentação social onde foram implantados.

Em uma sociedade como a brasileira, com um dos maiores índices de desigualdade, as políticas sociais têm necessariamente que tomar um caráter universalista e constituir-se em instrumento de redistribuição e busca da eqüidade. No entanto, exatamente por ser um país que preserva, secularmente, desigualdades marcantes, mesmo no interior das políticas e sistemas universais, é preciso combinar o princípio de igualdade embutido no conceito de cidadania e nos sistemas universais com um princípio de justiça que permita a construção de uma cidadania diferenciada, isto é, uma igualdade complexa, que tenha em conta as singularidades e as profundas diferenças existentes.

Para tanto, nossa agenda deve buscar aprofundar a concretização de uma Seguridade Social inclusiva e diferenciada. Isto requer:

- Cobrar dos governos os compromissos assumidos por eles nas Conferências das Nações Unidas, em especial em relação às Metas de Desenvolvimento do Milênio, o cumprimento do artigo 22 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que afirma: "Todos os membros de uma sociedade têm direito à seguridade social", e a obediência à Constituição Federal de 1988, no seu capítulo dedicado à Ordem Social.
- Exigir que a Seguridade Social se torne uma realidade concreta em seus princípios, instrumentos e mecanismos. Para tanto, é necessário criar canais de discussão e participação, convocando uma Conferência Nacional de Seguridade Social, para a recriação do Conselho Nacional da Seguridade Social, que transforme o Orçamento da Seguridade Social em instrumento do planejamento integrado.
- Estabelecer, de forma indelével, o princípio da desvinculação entre benefício e contribuição, assegurado na Constituição e reafirmado pelo Supremo Tribunal Federal (STF), quando do julgamento da cobrança de contribuições dos servidores aposentados, justificada em termos de uma ação solidária visando ao bem comum.
- Buscar fontes alternativas de financiamento entre os setores que mais têm se beneficiado do modelo econômico atual, em especial o setor financeiro, para viabilizar a inclusão previdenciária. Eliminar subsídios concedidos a setores econômicos altamente lucrativos, como o exportador, por meio de renúncias das contribuições previdenciárias.
- Exigir que a Reforma Previdenciária deixe de ser uma reforma orientada unicamente por uma perspectiva de equilíbrio financeiro – como foram as reformas anteriores do regime geral (RGPS, EC-20/98) e do regime próprio dos servidores (EC-41/03), mais tarde revista pela EC-47/2005. Estas reformas tiveram o intuito de unificar as regras de contribuição, estabelecer tetos para pensões e aposentadorias, aumentar o limite de idade para aposentadoria, abrir campo para a previdência complementar. Uma nova reforma está em discussão e não se pode aceitar que, mais uma vez, se deixe de propor medidas para a inclusão previdenciária.
- A reforma necessária deve acabar com todos os privilégios mantidos a título de direitos adquiridos, mas preservar aqueles direitos que se constituem em efetivas medidas de redistribuição de renda. Não se pode aceitar o mesmo tratamento, como direitos adquiridos, para benefícios baseados em salários milionários e benefícios com paridade com o salário mínimo.

Portanto, é imprescindível a manutenção do piso de benefícios vinculado ao salário mínimo, que tem se mostrado poderoso instrumento de redistribuição de renda.

- Gerar condições efetivas de inclusão dos trabalhadores informais, seja pela redução de sua contribuição, que deve ser subsidiada, seja pela criação de formas mais adequadas de contribuição, como a familiar, quando o trabalho autônomo se desenvolver em unidades familiares produtivas.
- A seletividade da política social deve estar atenta às diferenças de gênero em relação ao mercado e ao trabalho. Antes de pensar em eliminar diferenças nos benefícios, relativas à idade e à concessão de pensões, é necessário discutir uma política previdenciária que tenha a problemática de gênero como central. Mulheres não apenas se aposentam mais cedo como trabalham e contribuem para a sociedade de forma diferenciada. Estudos mais recentes mostram que a mulher trabalha muito mais que o homem, em casa e no mercado, sendo, em regra geral, pior remunerada. Esta não é uma diferença que possa ser desconsiderada na reforma previdenciária. É preciso tê-la em conta para não alegar uma suposta igualdade política de condições sociais tão desiguais. Senão, a igualdade proposta se transforma na entronização das desigualdades existentes.
- Incluir o cuidado como benefício previdenciário, já que alguém tem que cuidar dos idosos, das crianças, dos enfermos, da família. Se não houver alguém que cuide, a pessoa que necessita cuidado terminará em uma instituição pública onde o cuidado é mais caro, menos personalizado e eficiente. Várias sociedades já incluem o cuidado como um benefício previdenciário.
- Exigir que as políticas públicas relacionadas ao trabalho e à previdência contemplem, em seus espaços de negociação, representantes do mercado informal de trabalho. Atualmente, temos, na realidade, um Ministério do Trabalho formal e uma Previdência Social dos Trabalhadores do mercado formal.
- Com relação aos benefícios assistenciais, equiparar as exigências de transferência de renda do BPC às das demais políticas, ou seja, meio salário mínimo, e rever as condicionalidades e critérios de avaliação de deficiências.
- Fortalecer o SUS por meio de exigência de uma porta única de entrada no sistema, impedindo assim que os beneficiários de planos e seguros acessem apenas os serviços mais caros e que não estão cobertos em seus planos, e o ressarcimento das prestações públicas a beneficiários de serviços e planos privados.

- Eliminar a drenagem de recursos públicos da saúde para o setor privado por meio de renúncia fiscal no imposto de renda, não-ressarcimento de serviços prestados a beneficiários de planos e seguros, cobrança de serviços e remédios no SUS, dupla jornada de trabalho de profissionais, e outras formas de promiscuidade entre o público e o privado.
- Fortalecer as carreiras e o investimento no setor público, ao mesmo tempo que aumentar a capacidade de controle social sobre o uso de recursos públicos, para eliminar a corrupção que os desvia das áreas sociais.
- Manter fontes regulares de financiamento, regulamentando a EC-29, reduzindo progressivamente a DRU, para eliminá-la em um prazo de quatro anos, além de tornar o Orçamento da Seguridade Social mais transparente e acessível ao controle social.
- Por fim, é preciso retomar a discussão teórica sobre a Reforma do Estado, avançando nas estratégias de transformação das relações de poder assim como nas formas de gestão mais democráticas e dialógicas de tomada de decisões, como a gestão de redes de políticas. No entanto, urge concretizar os avanços de poder em termos de um aumento da qualidade, responsabilidade e efetividade da prestação de serviços públicos universais, sem o que os direitos não podem ser exercitados e a cidadania se torna um conceito vazio, em vez de ser o centro e motor da democratização da política.

Referências

ABU-EL-HAJ, J. O debate em torno do capital social: uma revisão crítica. *BIB – Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais*, 47: 65-79, 1999.

AROUCA, A. S. S. Salud en la transición. In: SEMINARIO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, 2, 1982, Managua. *Anais*… Managua, 1982.

CARDOSO, F. H. Os regimes autoritários na América Latina. In: COLLIER, D. (Org.) *O Novo Autoritarismo na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.

COHEN, J. Democracy and liberty. In: ELSTER, Jon (Ed.) *Deliberative Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidariedad. Santiago: Cepal, 2006.

DRAIBE, S. *Rumos e Metamorfoses: Estado e industrialização no Brasil, 1930-1960*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

EVANS, P. Government action, social capital and development: reviewing the evidence on sinergy. *World Development*, 24(6): 1.119-1.132, 1996.

FEDOZZI, L. *O Poder da Aldeia*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

FLEURY, S. *Estados sem Cidadãos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.

FLEURY, S. El desafio de la gestión de las redes de política. *Instituciones y Desarrollo*, 12-13: 221-247, 2002.

GENRO, T. Combinar democracia direta e democracia representativa. In: PALOCCI, A. *et al. Desafios do Governo Local: o modo petista de governar*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1997. (Coleção Pensamento Petista)

GRAMSCI, A. *La Política y el Estado Moderno*. Barcelona: Ediciones Península, 1973.

GRUPPI, L. *Tudo Começou com Maquiavel*. Porto Alegre: L&PM, 1980.

HONNETH, A. *Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo. Editora 34, 2003.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Boletim de Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, n. 13, ed. esp., 2007.

MATUS, C. *Estrategia y Plan*. 2. ed. México: Siglo XXI, 1978.

MATUS, C. *Planificación, Libertad y Conflicto*. Caracas: Iveplan, 1981.

O'DONNELL, G. Sobre el corporativismo y la cuestión del Estado. In: LANZARO, J. (Org.) *El Fin del Siglo del Corporalismo*. Caracas: Editorial Nueva Sociedad, 1998. (Publicado originalmente em português nos *Cadernos do DCP*, UFMG.)

OFFE, K. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OLIVEIRA, J. & FLEURY, S. *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social*. Petrópolis: Vozes, 1985.

OXHORN, P. When democracy isn't all that democratic: social exclusion and the limits of the public sphere in Latin America. In: AMERICAN POLITICAL SCIENCE ASSOCIATION CONFERENCE, 1999, Georgia. *Anais*... Geórgia, 1999.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *A Democracia na América Latina: rumo a uma democracia de cidadãs e cidadãos*. São Paulo: LM&X, 2004.

POULANTZAS, N. *O Estado, o Poder, o Socialismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

REIS, F. W. Estado liberal, projeto nacional, questão social. *Planejamento e Políticas Públicas*, 9: 145-168, 1993.

SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça*. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

VELLOSO, J. P. R. (Coord.) *A Crise Mundial e a Nova Agenda de Crescimento*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

VIANNA, M. Reforma da Previdência: missão ou oportunidade perdida? In: MORTHY, L. (Org.) *Reforma da Previdência em Questão*. Brasília: Editora UnB, 2003.

TELLES, V. Sociedade civil, direitos e espaços públicos. In: VILLAS-BOAS, R. (Org.) *Participação Popular nos Governos Locais*. São Paulo: Polis, 1994.

TESTA, M. *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1985.

TESTA, M. *Pensamiento Estratégico, Lógica de Programación, y Programación*. Buenos Aires: Organizacion Panamericana de la Salud, 1986.

TOBAR, F. & PARDO, C. F. *Organizaciones Solidarias: gestión e innovación en el tercer sector*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.

TOURAINE, A. *Return of the Actor: social theory in postindustrial society*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1988.

TOURAINE, A. *O que é Democracia*. Petrópolis: Vozes, 1996.

WEBER, M. *Economia e Sociedade*. Brasília: Editora UnB, 1991. v. 1.

PARTE 2

Saúde e Sociedade

3

Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas

Jairnilson Silva Paim

Quando são comemorados vinte anos da Constituição da República Federativa do Brasil e de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), encontramo-nos diante de uma oportunidade especial para refletir sobre avanços, limites e perspectivas do 'processo' da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Os obstáculos constatados na década de 1990 propiciaram o aparecimento de uma tese segundo a qual o 'projeto' da Reforma Sanitária havia se esgotado. Apesar de o movimento sanitário recusar tal conclusão (Abrasco, 2000, 2002; Abrasco/Cebes, 2002), persistia certo incômodo quando a RSB se apresentava em discursos e editoriais da área da saúde simplesmente como figura de retórica.

Tendo em conta essas posições divergentes caberia investigar a RSB a partir de algumas perguntas fundamentais: O que se entende por Reforma Sanitária? Quais as suas bases de sustentação política e ideológica? Que perspectivas se colocam para tal 'projeto'?

Essas questões foram contempladas em estudo recente, considerando-se alguns pressupostos (Paim & Teixeira, 2007). O primeiro afirma que a RSB não se confunde com as reformas setoriais difundidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pelo Banco Mundial, desde a década de 1980. O segundo admite que a RSB não se reduz ao SUS, ainda que este represente algumas das suas dimensões setorial, institucional e administrativa. O terceiro reconhece que a RSB não se enquadra, integralmente, na

noção de 'políticas sociais' nem se limita ao tópico das 'políticas de saúde', tal como tem sido abordada em estudos anteriores (Gerschmann, 1995; Almeida, 1995). Mesmo que a sua implementação possa ser traduzida por algumas dessas políticas, a exemplo do SUS (Lobato, 2000), sua concepção e formulação transcendem às políticas estatais. Assim, o objetivo aqui é identificar e discutir certos avanços e limites da RSB e do SUS, analisando suas perspectivas na sociedade brasileira.

Aspectos Teórico-Conceituais

Concebemos a RSB como uma 'reforma social' que articula proposições de mudanças, sob diversas dimensões (Arouca, 1988), mobilizando um bloco de forças políticas no âmbito do movimento sanitário. Nessa perspectiva, podemos analisá-la a partir de momentos distintos: idéia-proposta-projeto-movimento-processo.

O momento 'idéia' pode ser demarcado pela tese *O Dilema Preventivista*, defendida em 1975 (Arouca, 2003), e pela criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, expresso por uma percepção, uma representação, um pensamento ou reflexão inicial.

O momento 'proposta' envolve um conjunto articulado de princípios e proposições políticas difundidos no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados (Brasil, 1980), especialmente quando foi defendida, pela primeira vez, a criação do SUS, por meio do documento "A questão democrática na área da saúde" (Cebes, 1980).

O momento 'projeto' corresponde ao planejamento e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), em 1986 (Brasil, 1987), configurando um conjunto de políticas articuladas ou uma "bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças" (Arouca, 1988).

O momento 'movimento' valorizou um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, tais como aquelas empreendidas pelo movimento da democratização da saúde, também conhecido como movimento sanitário (Escorel, 1998).

Finalmente, o momento 'processo' implica um conjunto de atos, em distintos tempos e espaços em que se realizam práticas sociais, tais como se pode verificar após a 8ª CNS com os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), a Constituição de 1988 e, especialmente, nas conjunturas que se sucederam desde então (Paim, 2002).

O recurso metódico a esse ciclo para fins descritivos não se solidariza com a concepção de que as idéias fazem história. Uma idéia passa a ter significado e sentido à medida que uma força social a sustente, mobilizando sujeitos e produzindo fatos políticos. Assim, a análise da conjuntura em que emergiu a 'idéia' da RSB aponta para uma crise de hegemonia que não se esgotava entre o autoritarismo e a democratização, conforme as análises de então (Cardoso, 1975). Ainda que a ditadura fosse combatida por setores democráticos, liberais e populares, o que estava em jogo para as forças econômicas relevantes, desde 1974 – o grande empresariado, sobretudo de São Paulo, era um formato de Estado no qual pudessem exercer o domínio com certo grau de consenso e menor grau de coerção. Esta crise de hegemonia expressou-se com mais clareza na Constituinte, ilustrando a metáfora segundo a qual "o velho não morreu e o novo não pode nascer".

Para que a 'idéia', a 'proposta', o 'projeto' e o 'movimento' da RSB alcançassem amplos segmentos da sociedade associaram-se à questão democrática e à defesa de direitos sociais, mobilizando as forças sociais que lutavam pela democracia e por um novo projeto de sociedade para o Brasil. Conseqüentemente, foram essas forças sociopolíticas que, em luta, engendraram a RSB e não uma mera 'idéia' proveniente de alguma mente brilhante.

Essas reflexões apontam a necessidade de analisar a RSB examinando seus fundamentos (Paim, 1997; Fleury, Bahia & Amarante, 2007) e discutindo o seu 'processo' à luz das teorias da mudança social e dos tipos de práxis (Heller, 1986). Segundo Agnes Heller, têm sido identificados, historicamente, nas sociedades, quatro tipos de práxis: reforma parcial, reforma geral, movimentos revolucionários e revolução no modo de vida.

No caso da 'reforma parcial' verifica-se um conjunto de atividades que se propõe a alterar setores particulares, instituições ou relações da sociedade. Na 'reforma geral' observa-se a mudança de toda a sociedade mediante reformas parciais. Os 'movimentos políticos revolucionários' visam à transformação radical de toda a sociedade com a conquista do poder político. Finalmente, a 'revolução do modo de vida' ocorreria quando as bases do movimento se alargam, envolvendo estratos cada vez mais amplos da população, com uma modificação da vida cotidiana das pessoas (Heller, 1986). Assim, cada sociedade faz a sua reforma ou revolução, mesmo que seja uma 'revolução passiva' (Vianna, 2004).

Nos estudos realizados sobre a RSB diversos conceitos e categorias de análise têm sido utilizados na explicação e interpretação da realidade brasileira, tais como bloco histórico, Estado ampliado, hegemonia, intelectuais orgânicos, conjuntura,

guerra de posição (Coutinho, 1985; Oliveira, 1988; Paim, 1988, 2006; Teixeira, 1989; Gallo & Nascimento, 1989; Damaso, 1989). No caso do presente texto, destacam-se dois outros conceitos: 'revolução passiva' e 'transformismo'. "O conceito de revolução passiva me parece exato não só para a Itália, mas também para outros países que modernizaram o Estado por meio de uma série de reformas ou de guerras nacionais, sem passar pela revolução política de tipo radical-jacobino" (Gramsci, 2002: 220).

No caso do 'transformismo', trata-se de um fenômeno vinculado à 'revolução passiva' quando certos atores mudam de lado e reforçam posições conservadoras das classes dominantes e das forças da ordem estabelecida. A pertinência dessas ferramentas teóricas no presente estudo pode ser justificada pelo fato de a RSB ser considerada um 'processo' aberto: "As modalidade de revolução passiva (...) aparecem a análise como processos abertos, a serem aferidos em seu percurso e resultados por meio do comportamento e protagonismo dos sujeitos históricos" (Aggio, 1998: 172. Supressão do autor).

Esse referencial teórico-conceitual sumarizado anteriormente será adiante retomado para análise, compreensão e crítica da RSB.

Antecedentes do SUS

No caso do setor Saúde, uma reforma pode ter como pressuposto a saúde como bem público ou como mercadoria. Do mesmo modo, a organização e o planejamento do sistema de serviços de saúde podem privilegiar as necessidades ou as demandas – espontânea ou induzida. Reconhecendo-se a historicidade dos sistemas de saúde cabe examinar os antecedentes de uma dada reforma e aproveitar o conhecimento produzido com base em análises comparadas, verificando-se identidades e divergências entre os sistemas existentes. Portanto, é preciso conhecer o que existia antes do SUS, para que possamos avaliá-lo, aperfeiçoá-lo, valorizá-lo, educando permanentemente os novos sujeitos que poderão fazer avançar a RSB.

O 'sistema de saúde' brasileiro, formado ao longo do século XX, teve como marca a dicotomia entre saúde pública e assistência médico-hospitalar. De um lado, as campanhas sanitárias e, de outro, a filantropia, a medicina liberal, a medicina previdenciária e, posteriormente, as empresas médicas. Antes de 1930, não havia o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil. A partir da Era Vargas, introduz-se o direito à assistência médica apenas para os trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada. A extensão de cobertura para os trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), efetuada durante o

autoritarismo, apresentava-se mais como concessão do que como um direito. O mesmo podia ser dito em relação ao acesso das populações rurais e das periferias urbanas aos Programas de Extensão de Cobertura (PECs) e, posteriormente, às Ações Integradas de Saúde (AIS) e aos Suds (Paim, 2002).

Somente com a Constituição de 1988 a saúde foi reconhecida como um direito social, cabendo ao Estado assegurar o 'direito à saúde para todos os cidadãos', uma das maiores conquistas do movimento sanitário no Brasil. Até então, o 'sistema de saúde' vigente apresentava as seguintes características: 1) insuficiente; 2) mal distribuído; 3) descoordenado; 4) inadequado; 5) ineficiente; 6) ineficaz; 7) autoritário; 8) centralizado; 9) corrupto; 10) injusto (Bastos, 1975; Paim, 2002). Foi contra a crise da saúde, a permanência da ditadura e as características perversas desse 'sistema' que segmentos sociais se mobilizaram por mudanças, configurando o 'movimento' da RSB ou movimento sanitário. Este assentava-se num tripé formado pelo movimento popular de saúde, pelo movimento estudantil, por intermédio da Semana de Saúde Comunitária (Sesac) e do Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (Ecem), e pela articulação de professores e pesquisadores de medicina social e saúde pública, além de profissionais da saúde em torno do Cebes, da Abrasco, Movimento de Renovação Médica (Reme) entre outros (Escorel, 1998; Cordeiro, 2004; Faleiros *et al.*, 2006).

O movimento sanitário estimulou a articulação de movimentos sociais em saúde e sua atuação com o Parlamento desde a realização do I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979 (Brasil, 1980). Desse modo, o Cebes e a Abrasco constituíram-se como centros intelectuais coletivos, espaços de militância e de formulação, especialmente mediante a publicação da revista *Saúde em Debate*. Em termos gramscianos, exerceram uma contra-hegemonia política e cultural ancorada na questão democrática da saúde. Atuaram na defesa do direito à saúde, enfatizaram os determinantes sociais do processo saúde-doença e desenvolveram a 'idéia' e a 'proposta' da Reforma Sanitária desde o terceiro número de *Saúde em Debate*, em 1977 (Paim, 2007).

Com a redemocratização, em 1985, a construção da RSB e do SUS passaram pela produção de um conjunto de fatos sociais, exaustivamente estudados, entre os quais se destacam a realização da 8ª CNS (1986) – quando foi sistematizado o 'projeto' da RSB –, a implantação dos Suds (como 'estratégia-ponte' para o SUS), a instalação da CNRS, os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte (1987-1988) e, finalmente, a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (Paim, 1988; Escorel, Nascimento & Edler, 2005).

Esta breve revisão sobre os antecedentes permite-nos destacar que a RSB e o SUS nasceram dos movimentos sociais, na sociedade civil (Faleiros *et al.*, 2006). Não foram criados pelo Estado brasileiro, por governos nem por partidos. Portanto, o SUS é uma conquista histórica do povo, podendo ser considerado a maior política pública gerada da sociedade e que chegou ao Estado por meio dos poderes Legislativo, Executivo e, progressivamente, Judiciário.

A Construção do SUS

O SUS tem sido reconhecido como uma política pública construída pelos movimentos sociais que lutaram pela democracia, ocupando espaços na Constituição e nas leis, tendo os governos a obrigação de implementá-la. É um dos caminhos para a garantia do 'direito à saúde' dos cidadãos, como dever do Estado, constituindo o maior sistema público de saúde do mundo. Corresponde a um sistema de serviços de saúde de caráter público, organizado com as seguintes orientações: a) atendimento integral, com ênfase nas ações preventivas e sem prejuízo das ações assistenciais; b) participação da comunidade; c) descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

Do ponto de vista organizativo, é uma forma de articular e produzir ações e serviços de saúde, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos no ordenamento jurídico, ou seja, estabelecidos pela Constituição da República, Leis 8.080/90 e 8.142/90 e outros instrumentos jurídico-normativos. Portanto, o SUS 'não é' um mero meio de financiamento e de repasse de recursos federais para estados, municípios, hospitais, profissionais e serviços de saúde. Não é um programa de saúde pública, nem um 'plano de saúde' para pobres. Também 'não é' um sistema de serviços de saúde destinado apenas aos pobres e 'indigentes'. Não se reduz a uma política de governo – federal, estadual ou municipal –, muito menos a uma proposta política exclusiva desse ou daquele partido. Enfim, não é caridade de instituição beneficente, organização não governamental, prefeito, vereador, deputado, governador, senador ou presidente.

Entre os princípios que inspiram o SUS podem ser mencionados os seguintes: dignidade da pessoa humana; saúde como direito social – condição da cidadania; universalidade – para todos; igualdade – assistência sem preconceitos ou privilégios; eqüidade – atenção de acordo com as necessidades, ou seja, 'discriminação positiva', quando se priorizam os que têm mais necessidades; integralidade;

preservação da autonomia das pessoas; direito à informação às pessoas assistidas, sobre a sua saúde.

No caso das diretrizes podem ser lembradas as seguintes: 'participação da comunidade' – representação do governo, trabalhadores da saúde, prestadores e usuários; 'descentralização' – direção única em cada ente federativo; divulgação de informações; utilização da epidemiologia; serviços públicos sem duplicidade de meios. Entre as inovações da formulação do SUS podem ser destacadas a adoção do conceito ampliado de saúde e seus determinantes, a integralidade e a intersetorialidade.

Não obstante todos esses valores, princípios, diretrizes e inovações, o SUS é apenas uma das respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde. Outras respostas significativas dizem respeito às políticas econômicas, sociais, ambientais, culturais que incidem sobre determinantes e condicionantes de saúde Apesar da existência do SUS, o sistema de saúde no Brasil ainda não é único, continua segmentado, tendo em vista o fortalecimento do Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS) e a manutenção do chamado Sistema de Desembolso Direto (SDD), representado por consultórios, clínicas e hospitais particulares nos quais o pagamento é realizado após a prestação de serviços.

A RSB, no entanto, não se limitava à construção do SUS. Expressando uma 'reforma social', não se reduzia a determinadas dimensões setorial, institucional ou administrativa. E os descaminhos da RSB e do SUS passaram por processos distintos, a saber: reformas neoliberais; clientelismo político; políticas de ajuste macroeconômico; desrespeito à Constituição e à Lei Orgânica da Saúde; decisões da área econômica dos governos desde 1988 etc. (Paim & Teixeira, 2007).

Os sucessivos governos da década de 1990 não se empenharam na construção do SUS, muito menos no avanço da RSB. Assim, o governo de Fernando Collor de Melo caracterizou-se pela crise econômica, com redução de recursos federais para a saúde, embora tenha criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), promulgado a Lei Orgânica e implantado a Norma Operacional Básica 1991 (NOB/91) e, depois de muita protelação, realizado a 9ª Conferência Nacional de Saúde (9ª CNS). No governo de Itamar Franco manteve-se a crise financeira na seguridade social, instalando-se uma disputa inaceitável entre a saúde e a previdência, mas pode-se destacar o avanço na municipalização, a partir da Norma Operacional Básica 1993 (NOB/93), e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Já o governo Fernando Henrique Cardoso, apesar da crise de financiamento setorial, resultando na criação da Contribuição Provisória de

Movimentação Financeira (CPMF) e da Emenda Constitucional 29 (EC-29) pelo Congresso Nacional, foram implantados a Norma Operacional Básica 1996 (NOB/96), o Piso da Atenção Básica (PAB) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas/2001), realizadas a 10ª e a 11ª CNS, ampliada a municipalização e o PSF, além de iniciativas importantes como o apoio internacional à Convenção-Quadro, a regulação da chamada 'saúde suplementar' e a instalação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva, mesmo sem serem equacionadas as questões do financiamento e da força de trabalho do SUS, manteve-se a expansão do PSF, foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), desenvolveu-se a Reforma Psiquiátrica e foram formuladas políticas nacionais de saúde bucal, atenção básica, promoção da saúde, entre outras, além de lançado o Pacto da Saúde (Teixeira & Paim, 2005; Brasil, 2006a, 2006b; Paim, 2007).

Análise dos Componentes do SUS

Entendendo o SUS como um sistema de serviços de saúde, podemos examiná-lo a partir de cinco componentes fundamentais: financiamento, gestão, organização, infra-estrutura e modelo de atenção.

No que se refere ao financiamento, a OMS estima um gasto total em saúde no Brasil equivalente a 7,9% do PIB em 2004. O gasto privado correspondia a 51,9% do gasto total, ao passo que o gasto direto das famílias representava cerca de 64% do gasto privado. Naquele ano, o governo federal contribuiu com 50,7% do financiamento do SUS, o nível estadual com 26,6% e os municípios com 22,7% (OPS/OMS, 2007). Em termos comparativos podemos observar a situação de outros países: Estados Unidos – 13,1% do PIB e US$ 4.432 *per capita*; Canadá – 9,3% do PIB e US$ 2.151 *per capita*; Argentina – 9,1% do PIB e US$ 697 *per capita*; e México – 5,3% do PIB e US$ 221 *per capita*. Assim, o problema maior do financiamento da saúde no Brasil ainda é o reduzido gasto público. Em 2005, o gasto em saúde da União correspondeu a R$ 36.474 bilhões (orçamento executado), isto é, R$ 198,03 ou US$ 62,67 *per capita*. Se somados todos os recursos da União, estados e municípios verificamos que apenas R$ 1,00 por pessoa por dia é o que o Estado brasileiro destinava para a saúde dos cidadãos. Correspondia à metade do que recebe cada argentino ou uruguaio e a 10% dos recursos destinados a cada habitante da Europa, Japão e Canadá (Carta de Brasília, 2005; Entrevista, 2005; Ministério da Saúde, 2005; Reforma Sanitária Brasileira, 2005). Para 2008, calcula-se que o gasto por

brasileiro seja de US$ 483,87, embora deva ser lembrado que ao setor público coube participação de 49% no financiamento da saúde em 2007, enquanto o setor privado participou com 51% (Orçamento da Saúde, 2008).

No que tange à gestão, os avanços conquistados na descentralização e a engenharia política exercitada para garantir o comando único em cada esfera de governo não devem obscurecer a vulnerabilidade do sistema às mudanças de governos, gestores e partidos. A gestão descentralizada, um dos grandes sucessos do SUS foi, ao mesmo tempo, um dos seus descaminhos. A falta de profissionalização dos dirigentes, o persistente clientelismo político, a alta rotatividade das equipes e o 'engessamento' burocrático reclamam uma nova institucionalidade para o SUS que se expressa, atualmente, na discussão sobre fundações estatais, autarquias especiais, agências etc. Daí a necessidade de garantir o caráter público do SUS, mas sem atrelamento ao Estado, protegendo-o da descontinuidade administrativa e de intercorrências desastrosas derivadas das 'manobras da política'. 'Publicizar' o SUS, sem privatizá-lo, assegurando-lhe autonomia perante o Estado, governos e políticos, porém submetendo-o ao controle público e democrático mediante gestão compartilhada pela sociedade civil, trabalhadores da saúde e governo, ou seja, um 'Estado ampliado'. Cabe investigar novos formatos institucionais que possibilitem ao SUS cumprir o seu dever e alcançar o devir concebido pela Reforma Sanitária brasileira (Paim & Teixeira, 2007).

No caso do componente 'organização' traz problemas insuficientemente resolvidos como a quase inexistência de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, sem dispor de mecanismos efetivos de regulação e de referência e contra-referência. A baixa efetividade da atenção básica leva à sobrecarga das demais instâncias, com aumento da tensão entre os níveis de complexidade da atenção, implicando a persistência de mecanismos de seletividade e iniqüidade social. Do mesmo modo, o crescimento desordenado do SAMS em desarticulação com o SUS, tem consolidado a segmentação e o aparecimento de múltiplas portas de entrada no sistema, comprometendo a acessibilidade dos usuários do SUS e aumentando o sofrimento de pacientes e familiares quando necessitam de assistência.

A insuficiente infra-estrutura de estabelecimentos, serviços, equipamentos e de pessoal de saúde, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, reforçam as dificuldades de acesso da população ao SUS, prejudicando a sua credibilidade. Entre 1999 e 2004 o número de médicos por mil habitantes cresceu de 1,4 para 1,6 ainda que a sua distribuição desigual apresente 2,2 no Sudeste, 1,0 no Nordeste e 0,8 no Norte. Os enfermeiros passaram de 0,4 para 0,5 e os dentistas de 0,9 a 1,0 com

diferenças regionais semelhantes. Em 2002, 71% dos estabelecimentos de saúde eram ambulatórios, dos quais 76% (35.086) eram públicos e, entre estes, 73% (33.747) municipais. Menos de 15% dos estabelecimentos privados sem internação eram contratados pelo SUS. No caso dos 7.397 hospitais, 4.809 pertenciam ao setor privado. Entre os 471.171 leitos hospitalares, 324.852 pertenciam ao setor privado e 146.319 (31%) ao setor público. Além dos leitos públicos, o SUS proporciona à população 83% dos leitos privados de modo que é possível estimar que 88% dos leitos existentes no país podem estar sendo utilizados pelo SUS. Entretanto, 95% dos estabelecimentos de apoio diagnóstico e tratamento são privados e destes apenas 35% prestam serviços ao SUS (OPS/OMS, 2007). Trata-se, portanto, de uma extrema dependência do SUS em relação ao setor privado, quando constitui seu dever cuidar da vida e da saúde de todos, individual e coletivamente.

Diante das insatisfações dos cidadãos quanto à garantia da assistência médica, como parte do direito à saúde, as denúncias chegam à mídia e novas distorções vão sendo produzidas como as que se convencionou denominar 'judicialização da saúde' (Ações judiciais, riscos para o SUS, 2007; Judicialização ganha perfil, 2007). Cabe lembrar não só os baixos gastos públicos em saúde no Brasil, já mencionados, mas especialmente a falta de investimentos em infra-estrutura que considerem as mudanças demográficas, a urbanização acelerada e os novos perfis epidemiológicos. O SUS pode ser um grande exemplo de política pública democrática, mas os cidadãos têm pago alta taxa de maus-tratos e desumanização nos serviços de saúde, estatais e privados. Seu sucesso pode significar, paradoxalmente, um fracasso na atenção às pessoas já que melhorias no financiamento, infra-estrutura, gestão e organização não são suficientes para assegurar o direito à saúde.

Finalmente, no que diz respeito ao modelo de atenção, persistem os modelos assistenciais hegemônicos, como o modelo médico-assistencial privatista e o sanitarista. Contudo, vêm sendo incorporados, alternativamente, novos modos tecnológicos de intervenção tais como a oferta organizada, a vigilância da saúde, o trabalho programático e o acolhimento. O PSF representa uma espécie de laboratório para adoção dessas propostas alternativas. Encontra-se consolidado em municípios de pequeno porte e com pouca ou nenhuma capacidade instalada de serviços de saúde, funcionando mais como uma estratégia de expansão de cobertura. Maiores dificuldades de consolidação verificam-se nas capitais e grandes centros urbanos que apresentam exclusão de grandes parcelas da população aos serviços de saúde, complexos perfis de saúde-doença e redes assistenciais desarticuladas. Ainda assim, o aumento da cobertura e a consolidação do PSF contribuíram para a redução da mortalidade infantil no Brasil (Aquino, 2006), além de apresentar um impacto

positivo na reorganização dos serviços básicos e na própria organização do SUS. Se for considerado que as maiores taxas de mortalidade infantil concentram-se nas populações com baixas condições de vida e estas representam a maioria da população, pode-se inferir que o decréscimo observado nesse indicador aponta para uma contribuição do SUS/PSF na redução das desigualdades de saúde.

Em 2007 o PSF contava com um total de 27.324 equipes de Saúde da Família implantadas, em 5.125 municípios, com uma cobertura de 46,6% da população brasileira, ou seja, 87,7 milhões de pessoas. Estavam presentes 15,7 mil equipes de Saúde Bucal em 4,3 mil municípios com cobertura populacional de 40,9% da população, isto é, 77 milhões de brasileiros. No caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), existiam 211 mil em 5,3 mil municípios, correspondendo a uma cobertura de 56,8% da população brasileira, ou cerca de 107 milhões de pessoas (Brasil, 2008). Essa expansão do PSF tem possibilitado um 'caldeirão' de experimentos locais voltados para a integralidade, qualidade e efetividade da atenção. As combinações tecnológicas estruturadas, ao levarem em conta os perfis epidemiológicos, as desigualdades sociais e as condições de vida da população, engendram novas experiências de municípios e distritos sanitários, além da criação de redes de cidades saudáveis. Assim, no caso da articulação do PSF com o modelo da vigilância da saúde, diversas experiências em curso expressam a pertinência de tal combinação com ganhos em efetividade. O controle da tuberculose, a busca ativa para o diagnóstico precoce da tuberculose, a prevenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), o controle da hanseníase, o desenvolvimento de redes locais de proteção à violência, a participação dos ACS no combate à malária e à dengue, a ampliação da cobertura e homogeneidade entre as áreas para a vacinação representam casos exemplares. A integração da atenção básica com a vigilância da saúde tende a potencializar tais resultados (Vilasbôas & Teixeira, 2007).

Ainda em relação ao modelo de atenção, significativos avanços têm sido obtidos na área de saúde mental. Foram reduzidos 11.826 leitos nos hospitais psiquiátricos (de 51.393 para 39.567), entre 2003 e 2006, enquanto os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) passaram de 424 unidades para 1.011 e as residências terapêuticas quintuplicaram, saltando de 85 para 475 (Machado, 2008).

A Reforma Sanitária Brasileira: avanços no 'processo'?

As análises e proposições produzidas pelo movimento sanitário nas diferentes conjunturas, além de articulações de bastidores e outras ações políticas, geraram ganhos significativos para a RSB. Mas a década de 1990 desencadeou uma mudança

na correlação de forças políticas, também no interior do movimento sanitário. À medida que os movimentos sociais recuavam, os gestores alcançavam um protagonismo maior no processo político da saúde. Nessa correlação de forças torna-se compreensível a ênfase na dimensão institucional da RSB, ou seja, a implantação do SUS, secundarizando outros componentes do 'projeto'.

Portanto, durante o 'processo' da RSB e a implementação do SUS verificamos um deslocamento das bases de sustentação política do movimento sanitário, com um vetor dirigido para os gestores, representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Este fenômeno parece ocorrer com a expansão do neoliberalismo, do corporativismo e do pragmatismo, ao lado do refluxo dos movimentos sociais. Aparecem propostas de 'reforma da reforma', à esquerda e à direita, diante das ambigüidades dos governos FHC e Lula. Se o movimento sanitário foi capaz de neutralizar certas iniciativas contrárias ao SUS, não teve força para impedir a implosão da Seguridade Social e o uso abusivo da saúde nas barganhas político-partidárias. Assim, entre os impasses verificados no desenvolvimento do SUS muitos foram gerados pelos governos que se sucederam à promulgação da Constituição de 1988.

Presentemente, após a realização das duas últimas Conferências Nacionais de Saúde (a 12ª em 2003 e a 13ª em 2007), em que caminhos se encontram a RSB e o SUS? Em que medida projetos dessa natureza podem contornar as determinações estruturais e históricas do Estado e da sociedade no Brasil? De que modo a ação política dos atores pode alargar os horizontes do possível?

Os primeiros balanços no governo Lula apontaram um saldo positivo para a saúde (Mendonça *et al.*, 2005). Mesmo os críticos que viam a política de saúde aprisionada à 'dialética do menos pior' não deixavam de reconhecer os esforços empreendidos pelas equipes do Ministério da Saúde para tocarem as ações na contramão das prioridades do governo, centradas na manutenção da política macroeconômica de Fernando Henrique Cardoso, elevação das taxas de juros, pagamento das dívidas aos bancos, preservação da Desvinculação das Receitas da União (DRU) e no chamado superávit primário (Teixeira & Paim, 2005; Mendes & Marques, 2005). Em 2005, por exemplo, a Medida Provisória 261 (MP 261) tentou retirar R$ 1,2 bilhão da saúde para o Fome Zero, além de recursos para hospitais das Forças Armadas (11/2005), e transferiu R$ 186 milhões para o Ministério das Cidades tratar esgotos. Dos 17 estados que enviaram balanços de 2004, só 13 ficaram acima dos 12%, de acordo com a EC-29 – 22% dos municípios nem enviaram seus

balanços para alimentar o Sistema de Informações do Orçamento Público em Saúde (Siops) (Westin, 2005).

Contudo, independentemente da avaliação que se possa fazer dos governos na área da saúde, cumpre destacar que as forças políticas e sociais que se têm movimentado nessa conjuntura possibilitaram uma retomada do tema da Reforma Sanitária na agenda política. A título de ilustração, poderíamos lembrar que a expressão 'Reforma Sanitária' esteve ausente nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde realizadas em 1992, 1996 e 2000 (9ª, 10ª e 11ª), só voltando a aparecer no Relatório Final da 12ª CNS, em 2003 (Paim, 2007). A equipe dirigente do Ministério da Saúde até julho de 2005 era majoritariamente constituída por integrantes do movimento sanitário e mesmo as mudanças de ministros que ocorreram depois não alteraram, substantivamente, tal composição. Nesse particular um mérito pode ser creditado ao presidente Lula em relação à saúde: até o momento, nenhum ministro da saúde dos seus governos foi contrário ao SUS. Mais que isso, todos os ministros vinculavam-se ao movimento da RSB.

Um marco da retomada do 'processo' da RSB pode ser atribuído ao 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde com o lançamento de um documento crítico (Carta de Brasília, 2005). Ao proceder a uma crítica ao Estado brasileiro e aos governos incapazes de contribuírem na consecução da RSB, o movimento sanitário recuperou sua especificidade e autonomia no âmbito da sociedade civil, sem desprezar a articulação necessária com o Executivo, o Legislativo e o Judiciário. Desse modo foi criado o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (2005), sob a liderança da Abrasco e do Cebes, e configurada uma articulação política denominada 'refundação do Cebes' (2006). Estabeleceu-se uma agenda conhecida como "SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade", centrada nas seguintes proposições: a) romper o insulamento do setor Saúde; b) estabelecer responsabilidades sanitárias e direitos dos cidadãos usuários; c) intensificar a participação e o controle social; d) formar e valorizar os trabalhadores da saúde; d) aprofundar o modelo de gestão; e) aumentar a transparência e o controle dos gastos; f) ampliar a capacidade de regulação do Estado; g) superar a insegurança e o subfinanciamento (Cebes, 2006).

Paralelamente, a amplitude de questões envolvidas em iniciativas que transcendem o setor Saúde, permitem-nos vislumbrar uma nova inflexão no 'processo' da Reforma Sanitária. Ou seja, se no primeiro momento da RSB a ênfase foi concedida à implantação do SUS, nesse novo momento torna-se possível tematizar mais uma vez a 'totalidade de mudanças' concebida no seu 'projeto' original. Assim, a retomada da defesa da RSB passou a estar presente no movimento sanitário e,

também no discurso governamental. No primeiro caso, verificam-se ações voltadas para a retomada e o fortalecimento da RSB, pelo Cebes, pela Abrasco e aliados. No segundo caso, o 'processo' da RSB encontrou ressonância em pelo menos três fatos produzidos em 2006: a) aprovação do Pacto pela Saúde, incluindo o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2006b); b) formalização da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006a); c) criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008).

A Conjuntura Atual

Na pesquisa que realizamos até 2006 sobre o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira a análise fixou-se em duas conjunturas: a da transição democrática e a conjuntura pós-constituinte (Paim, 2007). Ao atualizarmos aqui parte do estudo cabe-nos mencionar o Plano de Governo 2007-2010 (Lula Presidente, 2006), divulgado pelo candidato Lula nas últimas eleições presidenciais, o Mais Saúde (2008-2011) apresentado pelo Ministro da Saúde em 5 de dezembro de 2007 (Brasil, 2007) e alguns fatos produzidos em 2008.

O Plano de Governo 2007-2010 apresentava as seguintes proposições para a saúde:

> Fortalecer a gestão do SUS, pública e democrática, com controle social, como instrumento de identificação das necessidades da população, atendimento ao interesse público e combate à corrupção; Organizar as ações e serviços em rede nacional única e integrada de atenção à saúde; Universalizar o cartão SUS (...); Assegurar a universalização do acesso às ações e serviços de atenção básica, por meio das equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde; Criar os Centros de Atendimento Especializados de média complexidade (...); Manter a prioridade ao Programa Brasil Sorridente, ampliando a rede de Centros de Especialidades Odontológicas do país; Criar o Telesaúde (...); Apoiar estados e municípios na criação de Centrais de Regulação (...); Ampliar o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – Samu (...); Dar continuidade à implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (...); Fortalecer e ampliar as ações preventivas das doenças sexualmente transmissíveis e do HIV (...); Continuar as ações de modernização e ampliação da capacidade instalada e da produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais (...); Fomentar a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico e industrial sustentável, para a auto-suficiência na produção de matéria-prima, de hemoderivados, vacinas, medicamentos e equipamentos. (Lula Presidente, 2006: 26-27.)

Em que pese a pertinência de muitas dessas ações, tratava-se, na realidade, de fazer um pouco mais do mesmo nos âmbitos setorial e institucional, reproduzindo o modelo médico hegemônico. Nada que sugeria um compromisso mais amplo com a RSB. O orçamento federal para a saúde elaborado para o ano de 2007, por exemplo, já indicava os obstáculos futuros (Carvalho, s.d.).

Contudo, a indicação do novo ministro da saúde apontava novas perspectivas para a RSB e para o desenvolvimento do SUS. O ministro José Gomes Temporão tem sido um militante histórico do movimento sanitário; professor, pesquisador, ex-dirigente do Cebes e com uma significativa folha de serviços prestados ao SUS. E a equipe dirigente do Ministério da Saúde, particularmente os ocupantes das secretarias nacionais, tem inserção no movimento sanitário, gozando de apoio e simpatia de parte significativa dos militantes da saúde.

Enquanto o ministro Temporão era bem recebido como novidade pela mídia (De Lavor, 2007), quatro temas foram destacados no debate público da saúde: a descriminalização do aborto, o licenciamento compulsório de medicamentos, a criação das fundações estatais de direito privado e a regulamentação da EC-29. Ao introduzirem a questão da restrição à propaganda de cervejas na televisão e à venda de bebidas alcoólicas nas rodovias federais o ministro e a saúde saíram das graças da mídia e passaram a ser objeto das campanhas desestabilizadoras de sempre. Assim, a tragédia crônica da assistência hospitalar brasileira, especialmente no Nordeste, passou a ocupar os telejornais diante da pressão dos médicos especialistas (cardiologistas, anestesistas, neurologistas etc.). Segmentos do Conselho Nacional de Saúde ganhavam espaço político e midiático por se oporem à proposta das fundações estatais, especialmente durante a 13ª CNS. E o jornal *O Globo*, por sua vez, tratou de atacar a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Machado, 2008). Se num primeiro momento o ministro Temporão foi 'adotado' pela mídia (Dominguez, 2008a), passou a ser 'massacrado' quando a conjuntura mudou.

No caso do Conselho Nacional de Saúde, dirigentes sindicais que conseguiram obter maioria nas votações passaram a ignorar, quando não hostilizar, análises e propostas dos representantes do Cebes, da Abrasco e de gestores. Antecipou uma votação contra a proposta das fundações estatais, comprometendo a sua ampla discussão. Durante a organização da 13ª CNS rejeitou a construção de teses e a elaboração de documentos de referência, sob o pretexto de que as propostas legítimas nasceriam naturalmente 'das bases' e de que a Conferência não precisava da contribuição de 'iluminados'. As hostilidades e vetos contra gestores e intelectuais ficaram evidentes nas composições das mesas e na contenção dos debates durante o evento

(13ª Conferência Nacional de Saúde, 2008; Beabá da seguridade, 2008; Que herança deixaremos?, 2008; Plenárias Temáticas, 2008; Plenária Final, 2008).

Ainda assim, o movimento sanitário articulado em torno do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, composto pelo Cebes, Abrasco, Rede Unida, Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa) e a ONG Crioula, apresentou suas posições e proposições para os três eixos da conferência. Reconhecia aquele momento como crucial para a democratização da saúde, devendo ser valorizado "para manter vivo o espírito do Movimento da Reforma Sanitária, responsável pela agregação de valores, princípios e interesses em torno de um projeto comum" (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, s.d.-a). Convidava para uma reflexão sobre as bases sociais e políticas da RSB, bem como sobre a institucionalidade do SUS, indagando se a capacidade de transformação e de inovação da atual coalizão de forças, os formatos de gestão e as práticas de saúde seriam suficientes para construir um sistema universal numa sociedade como a brasileira.

> Acreditamos que é hora de superar o discurso ufanista em defesa do SUS e reconhecer que ele só poderá melhorar, ganhando apoio da população, quando as antigas e novas lideranças do Movimento Sanitário, na sociedade e no governo, se solidarizarem com o(a) cidadão(ã), com necessidades e demandas no cotidiano de suas vidas, e iniciarem um processo de transformação conseqüente, orientado por dois princípios: a) intransigência e combate a todas as formas de iniqüidades; b) centralidade do(a) cidadão(ã) no cuidado e atenção ao usuário(a) do SUS. Os que defendem realmente o SUS e a Reforma Sanitária Brasileira precisam discutir modelos de atenção e de gestão que sejam capazes de enfrentar e superar as dificuldades criadas pelos seus inimigos (...) Para nós o caminho do sistema universal é o único possível se queremos democratizar a saúde. Sendo a Reforma Sanitária uma Reforma Solidária, as políticas que desenhamos devem apontar para a sociedade que almejamos e nós não queremos políticas que reifiquem a fragmentação social que ameaça nossa sociedade. Ao afirmarmos o caráter civilizatório da Reforma Sanitária estamos entendendo que, por meio desse processo de transformação da sociedade e do Estado brasileiro, seremos capazes de alcançar um patamar civilizatório no qual as relações sociais e as políticas sejam regidas pelo primado da justiça social. (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, s.d.-b)

Naquela oportunidade foi questionado o falso dilema entre financiamento e gestão, defendendo-se maior investimento público para a saúde. O Fórum da Reforma Sanitária Brasileira denunciou o uso clientelista e político-partidário da gestão das unidades de saúde que conduz à ineficácia e corrupção, advertindo que só com a revisão dessas perigosas relações de poder seria possível transformar a

gestão da saúde. Lembrou, ainda, que o equacionamento desses problemas implica enfrentar interesses cristalizados que transformam os cargos de direção em "moeda de negociação partidária" e os recursos do setor em "meio de enriquecimento ilícito de corruptos". Considerando o controle social como questão estratégica, o documento público explicava por que a Reforma Sanitária é uma reforma solidária:

> Uma reforma solidária implica a distribuição de recursos por meio de orçamento público que contemple as necessidades do setor;
> Uma reforma solidária requer o cumprimento da legislação sobre o financiamento da saúde e a rejeição de manobras políticas que comprometem a disponibilidade de recursos, a exemplo da regulamentação da EC 29 concebida pelo governo que torna a saúde refém, a cada ano, da ditadura da área econômica;
> Uma reforma solidária requer o estancamento da drenagem de recursos financeiros dos setores sociais para a área econômica através da DRU;
> Uma reforma solidária implica retomar e aprofundar a Seguridade Social, pois não há saúde se os benefícios previdenciários e assistenciais são ameaçados e também neles se preservam iniqüidades;
> Uma reforma solidária exige que encaremos a existência de um setor privado que se beneficia de recursos públicos e requer nossa definição de mecanismos e formas de controle que assegurem a prevalência dos interesses públicos;
> Uma reforma solidária não pode mais adiar, por quaisquer justificativas, a garantia de atendimento digno aos cidadãos;
> Uma reforma solidária exige dos atores que a sustentam a defesa radical e cotidiana da garantia do direito à saúde como direito humano singular, da democracia nas relações políticas, da transparência e probidade no uso dos recursos públicos e da eqüidade no acesso e uso dos serviços;
> Uma reforma solidária implica a busca permanente de mecanismos que assegurem que os direitos coletivos sejam preservados e que as garantias jurídicas de proteção aos direitos individuais sejam orientadas por normas compatíveis com a defesa de patamares cada vez mais elevados de cidadania. (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, s.d.-c)

As entidades integrantes do Fórum da RSB alertavam a fim de que a 13ª CNS não fosse desperdiçada, admitindo a possibilidade de que, apesar das diferenças de caminhos, as forças progressistas estivessem unidas em torno do projeto da RSB. Mas pouco valeram os esforços do fórum e das entidades a fim de buscar a distensão das relações entre a CNS e o Ministério da Saúde antes da 13ª Conferência, bem como de apresentar proposições e textos voltados para os três eixos desta. As articulações entre as forças contrárias à descriminalização do aborto e os segmentos sindicais que se opunham à proposta das fundações estatais polarizaram,

artificialmente, a conferência em torno dessas duas questões, visando a impingir derrotas políticas às forças progressistas do movimento sanitário.

Como se já não bastassem os oponentes da RSB e do SUS, muitos e fortes como classe dominante, o movimento sanitário passou por esse teste difícil ao encontrar em conselhos e conferências por ele propostos não só resistência ao novo, mas, sobretudo, oposição política sistemática articulando setores retrógrados da sociedade com segmentos sindicais e populares (Goulart, 2008). Em termos gramscianos, mais um episódio de 'transformismo' como integrante da 'revolução passiva'.

Esse fenômeno recentemente manifestado na participação e controle social do SUS merece ser estudado e melhor compreendido. Todavia, para além de objeto de pesquisa, o tema demanda novas articulações políticas que permitam contornar as tensões acumuladas, transformando em positividade a negatividade aparente dos conflitos e superando, sempre que possível, as contradições identificadas.

Outras derrotas não tardaram para o movimento sanitário. A aprovação do Projeto de Lei 03 (PL-03) na Câmara dos Deputados em 31 de outubro de 2007 (Regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, 2007) ficou prejudicada com a derrubada da CPMF no Senado na madrugada de 12 para 13 de dezembro (Mês de Expectativa na Saúde, 2008) e com a manutenção da DRU dias depois pelo mesmo Senado.

> O Conselho Político, reunido no Palácio do Planalto com a presença de parlamentares aliados e dos ministros José Gomes Temporão e Guido Mantega, da Fazenda, atrelou o rumo do PLP a acordo com a oposição pela aprovação da CPMF pelo Senado. (...) Como as equipes econômicas historicamente rejeitam a vinculação de gastos à arrecadação de impostos, inclusive a atual, e o PLP destina 10% das receitas correntes da União, não surpreendeu que a Câmara, onde o governo tem maioria, entrasse no jogo político. (Carvalho, 2007: 8)

Mais uma vez o SUS sofria as conseqüências da 'arte do possível'. A jogada do governo, vinculando a saúde à prorrogação da CPMF, só fez protelar e prolongar a agonia do financiamento, quando bastaria cumprir-se a lei (Machado, 2007). Assim, o lançamento do chamado Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde (PAC da Saúde) ou Programa Mais Saúde, que anunciava a destinação de R$ 88,6 bilhões a serem aplicados nos próximos quatro anos (R$ 64,6 bilhões do Plano Plurianual [PPA] e R$ 24 bilhões da EC-29) foi ofuscado pela extinção da CPMF e pela polêmica gerada desses fatos políticos. Baseado em quatro pilares (Promoção e Atenção à Saúde; Produção, Desenvolvimento e Cooperação em Saúde; Gestão, Trabalho e Participação; e Mais Acesso – Melhor Qualidade), o programa não

contou com a devida divulgação e o debate necessário. Não se deu destaque ao acompanhamento das equipes de Saúde da Família nas escolas nem à organização de Territórios de Atenção Integrada à Saúde (Teias), organizando a cobertura, a qualidade e a descentralização do atendimento. Negligenciou-se a relevância da meta de atingir, por meio do PSF, 130 milhões de brasileiros, contra os 87 milhões atuais, cujas equipes passariam a contar com mais 1.500 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), além de quatrocentos novos centros de especialidade odontológica, 430 Caps e a construção de mais duzentas novas unidades de Pronto Atendimento integradas ao Samu. A promessa de aquisição de mais de quatro mil novas ambulâncias, a montagem de uma Força Nacional de Emergência para crises, dispondo de até dois mil médicos, dez mil enfermeiros e mil dentistas, bem como a qualificação de 110 mil profissionais, a especialização de oitenta mil e a capacitação de 373 mil técnicos (Brasil, 2007), não mereceu a atenção da opinião pública.

Esta, porém, foi despertada no início de 2008 ao ser criada uma epidemia artificial de febre amarela pela mídia (Dominguez, 2008b). E logo em seguida o Rio de Janeiro concentrou as atenções nacionais diante de uma grave epidemia de dengue, com elevada letalidade em crianças. Diante dessa situação, o recado dos grupos dominantes aos dirigentes do Ministério da Saúde parece muito claro: vão fazer o 'dever de casa', controlando epidemias e cuidando dos hospitais públicos em vez de atiçar temas polêmicos como aborto, financiamento público para a saúde e controle do uso abusivo do álcool, prejudicando os negócios e dogmas das televisões, empresários, economistas, igrejas, cervejarias e agências de publicidade. Só para ilustrar, o governo cedeu ao *lobby* dos fabricantes de bebidas alcoólicas, liberando a sua venda nas rodovias federais em estabelecimentos e postos de combustíveis e mantendo a sua proibição apenas em áreas rurais, conforme se verifica a seguir:

> A Câmara aprovou, ontem, a medida provisória que libera a venda de bebidas nos postos de combustíveis e estabelecimentos que ficam localizados no perímetro urbano dos municípios. Agora, a proibição está restrita a pequenos bares e postos de combustíveis em estradas federais. (Proibição apenas em áreas rurais, 2008: 16)
>
> A Medida Provisória 415, que vedava a venda de bebidas alcoólicas em postos de gasolina, bares e restaurantes à margem das rodovias federais, teve, infelizmente, aplicação parcial.
>
> Houve pressão dos comerciantes, sob alegação de prejuízos financeiros e desemprego. É o *lobby* poderoso dos fabricantes de cerveja e outras bebidas, que muito pesa nos comerciais da televisão e do rádio e ocupa páginas coloridas de jornais e revistas. (...) A idéia de regulamentação desses comerciais, em proveito da saúde pública e da ética, ficou em demonstração de intenções. (Editorial, 2008b: 3)

Esses e outros fatos expostos adiante demonstram os retrocessos do governo Lula em relação à saúde. Mas não há situação mais emblemática que a questão do financiamento do setor.

> Com três meses de atraso, várias tentativas fracassadas de acordo e muito bate-boca entre governo e oposição, o plenário do Congresso Nacional enfim votou, na noite de 12 de março, a Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2008 (...) Para este ano foram reservados à Saúde R$ 48,4 bilhões. (Orçamento da Saúde, 2008: 8)

A regulamentação da EC-29, com base na aprovação pelo Senado do Projeto de Lei Complementar 121/07 do Senador Tião Viana (PT-AC), em abril, a contragosto da área econômica do governo, ainda precisa passar pela Câmara dos Deputados e pelo crivo da Presidência da República. Pelo que circula na imprensa a EC-29 está longe de ter um desfecho tranqüilo e favorável à saúde:

> O presidente Luiz Inácio Lula da Silva pretende cobrar hoje dos líderes dos partidos da base aliada uma ofensiva para evitar que a Câmara aprove o pacote de medidas que já passaram pelo Senado (...) No dia 9, o plenário do Senado aprovou a regulamentação da Emenda 29, que destina recursos públicos para a área da Saúde. A proposta rachou a base aliada que apóia o governo. O grupo liderado pelo senador Tião Vianna (PT-AC), que é médico, saiu vitorioso e aprovou a medida. Por esta proposta, a União deve repassar 8,5% da sua receita bruta para o setor. Até 2011, o percentual deverá chegar a 10%. (Lula tenta evitar mais despesas, 2008: 20)

> Em reunião hoje com ministros e aliados, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva (PT) condicionou o aumento de recursos para a Saúde – definidos pela Emenda 29 – a uma nova fonte de financiamento. A reportagem apurou que, se não houver essa definição, Lula deve vetar a medida. (Alencar, Pinho & Cabral, 2008: 22)

> O presidente da República instruiu a base aliada na Câmara a levantar sólida barreira contra um pacote de medidas aprovadas no Senado (...) Quanto à saúde pública, reduzir seus recursos, com o Rio de Janeiro infestado pela dengue e a doença a se alastrar de forma epidêmica no Ceará e em Sergipe, seria um atestado decisivo de crueldade. (Editorial, 2008a: 3)

Como se fora pouco, o contingenciamento de recursos em 2008 imposto pelo governo atingiu drasticamente o Ministério da Saúde:

> Os ministérios das Cidades, da Saúde e do Turismo foram os que sofreram os maiores cortes orçamentários absolutos no bloqueio de despesas promovido pelo governo, revelou decreto presidencial publicado no *Diário Oficial da União* de ontem. O orçamento das Cidades foi reduzido em R$ 2,720 bilhões, para R$ 3,213 bilhões e o da Saúde sofreu um corte de R$ 2,594 bilhões, para R$ 40,656 bilhões. (União faz corte de R$ 2,5 bi na saúde, 2008: 20)

Portanto, o SUS continua um 'sistema em construção' e para tanto não bastam leis e normas. Ainda enfrenta um conjunto de desafios como a instabilidade e insuficiência do financiamento, investimentos reduzidos, distribuição desigual dos recursos e da infra-estrutura, acesso insuficiente, baixa eficácia, qualidade insatisfatória, ineficiência na gestão dos recursos, humanização deficiente, desrespeito ao cidadão, desatenção e maus-tratos.

Como toda análise de conjuntura realizada em cima dos fatos recentes, há grandes possibilidades de erros de interpretação, sobretudo por não se dispor de informações suficientes e oportunas e por ocasionar vieses em virtude da sua natureza auto-referente. Sendo o autor, também, um possível ator que tem posições e projetos em relação à saúde e à sociedade, há que relativizar as análises e interpretações. Não obstante essas devidas cautelas podemos afirmar que as políticas de saúde desenvolvidas a partir de 2007 e os fatos produzidos até o presente não possibilitaram identificar avanços substantivos no SUS nem perspectivas mais amplas para a RSB. Parece-nos que a leitura crítica que fizemos em relação ao desenvolvimento da RSB não perdeu a vigência depois de encerrada a pesquisa em 2006. No próximo tópico veremos que os limites impostos para a RSB e o SUS relacionam-se com a atual correlação de forças político-ideológicas e, especialmente, com a natureza do Estado e com os determinantes estruturais da sociedade brasileira.

Análise Política

Apesar da base jurídico-normativa disponível (Constituição, Leis 8.080/90 e 8.142/90, normas e pactos), governantes, políticos, profissionais e trabalhadores da saúde, estudantes, mídia e população ainda mantêm visões distintas sobre o SUS. Assim, tem-se o 'SUS para pobres', um produto ideológico resultante do modelo institucionalizado de saúde pública, de políticas focalizadas influenciadas por organismos internacionais e de restrições à expansão do financiamento público. O 'SUS real', moldado pelas políticas econômicas monetaristas e de ajuste macroestrutural, pelo clientelismo, patrimonialismo e partidarização na saúde. O 'SUS formal', estabelecido pela Constituição, Lei Orgânica da Saúde e portarias pactuadas, também conhecido como 'aquele que está no papel'. E há o 'SUS democrático' que integra, organicamente, o projeto da RSB na sua dimensão institucional: universal, igualitário, humanizado e de qualidade. Essas representações em torno do SUS traduzem interesses cristalizados na 'indústria da saúde', em governos e corporações profissionais, de um lado, e ideais de mudança social, de outro.

Revelam, ainda, diferentes projetos em disputa como o 'mercantilista', o 'revisionista' e o da 'RSB'.

O projeto 'mercantilista' assume a saúde como mercadoria, defendendo o mercado como a melhor opção para a alocação de recursos e para a satisfação das demandas e necessidades dos indivíduos, com base no valor 'utilidade'. Reúne interesses de empresas médicas, seguradoras e operadoras de 'planos de saúde', indústrias de medicamentos e de equipamentos, parte de entidades médicas e de profissionais da saúde, além da mídia e de empresas de publicidade. Defende que os serviços de saúde devem ser comprados pelos que podem pagar, cabendo ao Estado financiar àqueles que não podem fazê-lo.

O projeto 'revisionista' tem sido formulado por segmentos que anteriormente defendiam a RSB e o SUS mas que, diante dos seus dilemas, preferem flexibilizar seus princípios e diretrizes para ajustá-los aos imperativos da ordem econômica e aos interesses do Estado e da política das classes hegemônicas.

O projeto da RSB toma como referência as proposições sistematizadas e aprovadas na 8ª CNS, legitimadas na Constituição de 1988, estabelecidas no arcabouço legal e reatualizadas pela produção intelectual, discussões e práxis do movimento sanitário.

Por conseguinte, os limites estreitos para o desenvolvimento da RSB e do SUS estiveram condicionados pelas suas bases de sustentação política. A RSB e o SUS têm encontrado apoio em movimentos populares e sindicais, em segmentos de trabalhadores da saúde, técnicos, pesquisadores, intelectuais e burocratas que atuam no Cebes, na Abrasco, na Abres, na Rede Unida, entidades de saúde etc. Nos partidos, com variações conjunturais, tem parte de suas propostas defendidas pelo PCB, PC do B, PMDB, PSDB e PT, além do PDT, PPS, PSB, PSOL, PSTU etc. Entre os gestores e políticos destaca-se a atuação do Conass, Conasems e Frente Parlamentar da Saúde. Mais recentemente, adquire grande relevância a participação de representantes do Ministério Público, congregados em torno da Ampasa.

Já os oponentes da RSB e do SUS dispõem de uma força política, econômica e ideológica não desprezível. Contam nas suas fileiras com o empresariado da saúde, as oligarquias e setores clientelistas e fisiológicos da política, corporações de profissionais, partidos da direita (mesmo que não se identifiquem como tal), capital industrial (medicamentos, equipamentos etc.), capital financeiro (especialmente vinculado ao Sams), Banco Mundial, maior parte da mídia e das empresas de publicidade. Trata-se, portanto, de uma correlação de forças extremamente desfavorável ao pleno desenvolvimento do SUS e ao avanço do 'processo' da RSB (Paim, 2007).

Para os que apostam na garantia do direito à saúde e na elevação da consciência sanitária da população não há como desconhecer a pertinência de avançar nos seguintes passos: a) luta para a conquista da cidadania plena; b) mobilização da sociedade civil; c) articulação dos movimentos sociais; d) ação política organizada não redutível aos partidos; e) democratização do Estado, instituições e tecnoburocracia.

Nessa perspectiva, a eleição de governos que façam avançar o 'processo' da RSB e a sustentabilidade do SUS representam ganhos relevantes para a democratização da saúde, do Estado e da sociedade. Mas a conquista do Estado empreendida pela burguesia e seus aliados históricos, desde 1964 (Dreifuss, 1981), não foi redefinida pela construção do Estado Democrático de Direito, advindo do pacto social que permitiu a promulgação da Constituição Cidadã. As classes dominantes brasileiras vieram com toda a força, pela eleição do Presidente Collor, restringir os direitos sociais recém-formalizados, consolidando o seu projeto nos oito anos de FHC. O continuísmo dos governos Lula, particularmente na condução da economia, confirma a hegemonia da burguesia financeira, industrial e ligada ao agronegócio na direção do Estado brasileiro, além de viabilizar a penetração do capital e de seus interesses em praticamente todos os espaços e interstícios da sociedade.

Portanto, a defesa dos direitos sociais e da saúde, em particular, tão cara ao projeto da RSB, constitui uma luta contra-hegemônica mesmo diante de um governo federal conduzido por dirigentes considerados de esquerda. "A ruptura não veio, mas houve e está havendo a modernização capitalista e, em 'ondas reformadoras sucessivas', vem-se fortalecendo o processo de democratização que institui cada indivíduo dependente em um portador potencial de direitos à cidadania" (Vianna, 2004: 61).

A 'revolução passiva' reproduzida nos governos Lula e o 'transformismo' por que passaram partidos, lideranças de esquerda e segmentos sindicais só fazem ilustrar, com o caso brasileiro, certas elaborações teóricas gramscianas. Assim, elementos estruturais vinculados ao conceito de 'revolução passiva' parecem condicionar o 'processo' da RSB. As dificuldades e impasses desse 'processo' não se resumem às questões conjunturais como o retrocesso do governo Sarney, as políticas neoliberais de Collor, o ajuste macroeconômico de FHC (com a implosão da Seguridade Social e o desfinanciamento da saúde) e o continuísmo de Lula. São os determinantes estruturais econômicos e aqueles vinculados à superestrutura (em que se enfrentam contradições geradas na base econômica) os que melhor explicam a lentidão e características do 'processo' da RSB.

> A transição brasileira, na verdade, se fez 'centralizando o momento democrático', político-institucional. (...) Sempre foi preciso, portanto, fazer política' em todos os níveis (...). Alianças amplas, negociações, recuos táticos, transformações progressivas: as oposições democráticas só conseguiram progredir travando aquela prolongada 'guerra de posição' que exige 'qualidades excepcionais de paciência e espírito inventivo' como costumava dizer Gramsci. (Nogueira, 1985: 138)

Portanto, as formas de as classes dominantes atuarem em relação ao Estado e às classes subalternas no Brasil, tecendo a 'revolução passiva' e o 'transformismo', ajudam a compreender o conservar-mudando da sociedade e do Estado e, em última análise, da RSB.

Comentários Finais

A literatura disponível sobre a RSB sugere um 'projeto' de dupla face. De um lado, um 'projeto contra-hegemônico' que provocaria mudanças na forma de enfrentar a questão saúde na sociedade, incluindo uma dimensão ética. De outro, um 'projeto setorial' iniciando-se como uma reforma administrativa e contemplando a participação social no sistema de saúde. Essa dupla dimensão – societária e setorial – da RSB aparece em diferentes discursos e momentos, ainda que a polarização em torno de uma delas revele posições político-ideológicas distintas ou diferentes estratégias em conjunturas específicas.

Com base nos argumentos e reflexões apresentados neste texto pode-se concluir que a RSB é uma 'reforma social' centrada na democratização 'da saúde' por meio da elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e do reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao SUS e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão. É uma reforma 'do Estado' e dos seus aparelhos quando defende a descentralização do processo decisório, o controle social e o fomento da ética e da transparência nos governos. É, também, uma reforma 'da sociedade e da cultura' quando se propõe a alcançar os espaços da organização econômica e cultural mediante a produção e distribuição justa da riqueza, uma 'totalidade de mudanças' em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, articulado a uma reforma intelectual e moral (Paim, 2007).

A investigação do 'processo' da RSB revela que, como práxis (Heller, 1986), ele se expressa como 'reforma parcial', ou seja, setorial, institucional e administrativa. Já a análise do seu 'projeto' sugere uma 'reforma geral' e uma 'revolução no modo

de vida', conforme a tipologia sistematizada pela filósofa húngara. As explicações para tal desfecho, resultando em 'promessas não cumpridas' pelas forças que apostaram na transição democrática, transcendem às questões conjunturais, como se argumentou. Portanto, a compreensão da sua história e do seu devir passa pelo entendimento dos determinantes da estrutura e da superestrutura da sociedade brasileira. Nessa perspectiva, as categorias gramscianas de 'revolução passiva' e 'transformismo' tendem a contribuir para a compreensão do 'processo' da RSB.

Com base nessa compreensão e crítica, a 'revolução passiva' poderá constituir um critério para os atores mudarem a direção do 'transformismo' (Vianna, 2004), com novos 'príncipes modernos' capazes de avançar a política. Sendo assim, a radicalização do 'processo' da RSB requer a reativação da sociedade civil, indagando a cada momento qual desenvolvimento, qual política e qual Estado?

O Estado brasileiro procura ser eficiente na área econômica, em que cuida bem do capital, e nos espaços em que protege 'a razão de Estado'. Na Receita Federal e no Banco Central observam-se concursos públicos, carreiras técnicas, melhor remuneração e contenção do clientelismo político. No Itamaraty e nas Forças Armadas constata-se um empenho na qualificação, competência, carreira por mérito e menos espaço para manobras políticas e partidárias. No entanto, na área social o poder público transforma-se num 'balcão de negócios' de todos os tipos em que a vida e o sofrimento das pessoas é o que menos conta.

Ao contrário, o Estado brasileiro precisa ser eficiente e eficaz, também, na área social para que possa cuidar de gente e não apenas do capital e do poder. No caso do SUS urge construir seu futuro, conquistando autonomia e sustentabilidade econômica, política, institucional e científico-tecnológica. Necessita alcançar uma nova institucionalidade que assegure a sua natureza pública, deixando de ser refém das 'manobras da política', do clientelismo e do corporativismo.

Uma nova 'configuração institucional' para o SUS supõe 'publicizá-lo' sem privatizá-lo, nem partidarizá-lo. Universidades públicas, fundações, institutos de pesquisa e agências de cultura têm experimentado arranjos organizacionais nessa direção. Investir na 'despartidarização' da gestão da saúde e na 'blindagem' do SUS contra a atuação desastrada de governos faz parte da construção do futuro desde o presente. Para tanto cumpre apostar na profissionalização da gestão, em carreiras públicas dignas para os trabalhadores da saúde que fazem o SUS no cotidiano e em oportunidades pedagógicas que potencializem a formação e a educação permanente em saúde.

A rigor, não vemos saída para o SUS enquanto depender de governos, composições partidárias e clientelismos. Alternativas têm que ser construídas enquanto

não avançamos a Reforma Democrática do Estado, pois a saúde e a vida das pessoas e da população não podem esperar por tanto tempo. Essas reformas do Estado e da política ainda não se colocam inteiramente no horizonte e a Reforma Sanitária, ao implicar uma 'totalidade de mudanças', supõe um 'processo' de longo prazo.

A Constituição da República, ao reconhecer o direito à saúde como direito social, vinculado à conquista de uma cidadania plena, rejeita a saúde como mercadoria. Entendendo que o mercado é incapaz de tratar a saúde como bem público, a Carta Magna proclamou que a saúde é assunto de relevância pública e indicou o dever do Estado na sua promoção, proteção e recuperação.

Não existe, porém, um Estado abstrato, descontextualizado, a-histórico e neutro. Existe, sim, um Estado brasileiro com natureza e características que se contrapõem de um modo geral e em situações específicas aos valores, princípios e diretrizes do SUS. O patrimonialismo e o clientelismo que atravessam esse Estado privatizado no Brasil solapam, a cada momento, os avanços, as conquistas e os saldos positivos do SUS. Os ganhos obtidos em uma gestão estadual ou municipal são neutralizados por uma nova direção político-institucional, resultando em retrocessos a serem eventualmente contornados por uma gestão seguinte. Enquanto isso acumulam-se sofrimentos, desassistência, maus-tratos e epidemias, desqualificando os esforços empreendidos e deslegitimando o SUS perante a população.

Admitindo que a burocracia, como ator, tende a ser irresponsável, a RSB propôs um 'SUS democrático' com amplos canais de participação, a exemplo das conferências e conselhos de saúde. Além de assumir a democracia como um valor e um fim em si mesma, a gestão participativa proposta serviria de contraponto à tendência de burocratização do sistema, além de uma possibilidade de controle público sobre o Estado, instituições, técnicos e burocratas. Antecipou-se às propostas contemporâneas que defendem mecanismos de *accountability*. Todavia, o controle social instaurado pelo SUS por intermédio de conferências e conselhos, assim como a gestão participativa, não tem sido suficiente para superar as amarras burocráticas, aparentemente criadas para que ele não venha a dar certo.

Esta democratização deparou-se com uma cidadania débil e, nessa situação, os espaços de participação institucionalizados passaram a ser colonizados por interesses particulares, sejam partidários, empresariais, clientelistas, corporativos, religiosos ou mesmo dos chamados 'usuários' com patologias específicas. Nesse contexto, os cidadãos que destinam parte do tempo das suas vidas colaborando para o desenvolvimento do SUS pagam uma espécie de 'mais-valia participativa' para obter o mínimo do direito à saúde, enquanto outros consumidores são levados a pagar pelos seus 'planos de saúde'.

A busca de sustentabilidade do SUS (Campos, 2007) para além do financiamento impõe investigar novas conformações institucionais que superem as limitações impostas pelo mercado, burocracia, partidos e governos. Os acúmulos que possamos sedimentar requerem, além do 'consenso ativo dos governados', uma ampla participação social. A conquista da sustentabilidade institucional e da sustentabilidade política aponta a necessidade de construção de um 'bloco histórico' específico, reunindo um feixe de forças que atravesse a sociedade civil e o Estado e envolvendo, no caso da saúde, entidades como as que integram o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, o Ministério Público, o Ministério e as secretarias estaduais e municipais de saúde, Conass, Conasems, o Parlamento, entre outros, em defesa do SUS e da RSB. Portanto, a constituição de novos sujeitos sociais e o desenvolvimento de uma consciência sanitária que promovam a desmedicalização da sociedade, o reforço à cidadania plena e a participação social parecem fundamentais para a sustentação do 'processo' da RSB e o desenvolvimento do SUS nos próximos anos.

Referências

AÇÕES judiciais, riscos para o SUS. *Radis*, 63: 6, 2007.

AGGIO, A. A revolução passiva como hipótese interpretativa da história política latino-americana. In: AGGIO, A. *Gramsci, a Vitalidade de um Pensamento*. São Paulo: Editora da Unesp, 1998.

ALENCAR, K.; PINHO, A. & CABRAL, M. C. Emenda 29: novo imposto para a saúde. *A Tarde*, Salvador, 25 abr. 2008, p. 22.

ALMEIDA, C.M. *As Reformas Sanitárias dos Anos 80: crise ou transição*, 1995. Rio de Janeiro, Tese de Doutorado: Fundação Oswaldo Cruz.

AQUINO, R. *Programa de Saúde da Família: determinantes e efeitos de sua implantação nos municípios brasileiros*, 2006. Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

AROUCA, A. S. A reforma sanitária brasileira. *Tema. Radis*, 11: 2-4, 1988.

AROUCA, A. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.* São Paulo, Rio de Janeiro: Editora da Unesp, Editora Fiocruz, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Atualizando a agenda da Reforma Sanitária Brasileira. Bol. Abrasco, n. 79, out.-dez. 2000. Encarte.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). A agenda reiterada e renovada da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, 26(62): 327-331, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO) & CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Em defesa da saúde dos brasileiros. Carta à sociedade brasileira, aos partidos políticos, aos governos federal, estaduais, municipais e distrital, à Câmara dos Deputados e ao Senado Federal. Rio de Janeiro, 13 de setembro de 2002. *Boletim Abrasco*, 85, 2002.

BASTOS, M. V. O Sistema Nacional de Saúde em debate. *Méd. Mod.*, 4: 30-51, 1975.

BEABÁ DA SEGURIDADE. *Radis*, 65: 19-21, 2008.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. *I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*. Brasília, 1980.

BRASIL. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 687 de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União,* n.63, 31 mar. 2006a. Disponível em: <www.saude.gov.br/svs>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mais saúde – direito de todos, 2008-2011, 2007. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsaude/index.php>, <bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsaude/estrutura1.php>, <bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsaude/diretrizes.php>. Acesso em: 7 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família, 2008. Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>. Acesso em: 25 abr. 2008.

CAMPOS, G.W. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2): 301-306, 2007.

CARDOSO, F.H. *Autoritarismo e Democratização.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

CARTA DE BRASÍLIA. Documento final do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. *Medicina CFM*, 156: 12-13, 2005.

CARVALHO, G. *Orçamento Federal para a Saúde 2007*. s.l., s.d.

CARVALHO, M. Regulamentação da EC 29. Do ideal ao possível. *Radis*, 63: 8-9, 2007.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). A questão democrática na área de Saúde. *Saúde em Debate*, 9: 11-13, 1980.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. *Saúde em Debate*, 29(31): 385-396, 2006.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). As causas sociais das iniqüidades em saúde no Brasil. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, abr. 2008.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis*, 14(2): 343-362, 2004.

COUTINHO, C. N. As categorias de Gramsci e a realidade brasileira. In: COUTINHO, C. N. & NOGUEIRA M. A. (Org.) *Gramsci e a América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra 1985.

DAMASO, R. Saber e práxis na Reforma Sanitária. Avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco, 1989.

DE LAVOR, A. O ministro e os holofotes. *Radis*, 64: 2, 2007.

13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Encontro de paradoxos. *Radis*, 65: 8-13, 2008.

DOMINGUEZ, B. O SUS na mira da mídia. *Radis*, 67: 2, 2008a.

DOMINGUEZ, B. Febre amarela: um fenômeno (clássico) de imprensa. *Radis*, 66: 16-17, 2008b.

DREIFUSS, R. A. *1964. A Conquista do Estado: ação política, poder e golpe de classe.* Petrópolis: Vozes, 1981.

EDITORIAL. Barreira cruel. *A Tarde*, Salvador, 26 abr. 2008a, p. 3.

EDITORIAL. Decisão simplista. *A Tarde*, Salvador, 27 abr. 2008b, p. 3.

ENTREVISTA: Financiamento do SUS é o grande desafio. *Medicina CFM*, 156: 20-22, 2005.

ESCOREL, S. *Reviravolta da Saúde: origem e articulação do movimento sanitário.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. & EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FALEIROS, V. P. *et al. A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FLEURY, S.; BAHIA, L. & AMARANTE, P. (Org.) *Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária.* Rio de Janeiro: Cebes, 2007.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. Mudanças na Saúde exigem alteração no modelo de desenvolvimento e superação das desigualdades. 13ª Conferência Nacional de Saúde. Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento. Eixo 1. Elaborado com base no

documento 'O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) na 13ª Conferência Nacional de Saúde', s.d-a.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. A Reforma Sanitária é uma reforma solidária. 13ª Conferência Nacional de Saúde. Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde. Eixo 2. Elaborado com base no documento 'O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) na 13ª Conferência Nacional de Saúde', s.d.-b.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. O controle social é uma questão estratégica. 13ª Conferência Nacional de Saúde. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. Eixo 3. Elaborado com base no documento 'O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) na 13ª Conferência Nacional de Saúde', s.d.-c.

GALLO, E. & NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. (Org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.* São Paulo: Cortez, 1989.

GERSCHMANN, S. *A Democracia Inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

GOULART, F. Pós-tudo. Um confronto anunciado. *Radis*, 65: 35, 2008.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. v. 5.

HELLER, A. *Teoría de las Necesidades en Marx*. Barcelona: Ediciones Península, 1986.

JUDICIALIZAÇÃO ganha perfil, 2007. *Radis*, 64: 7, 2007.

LOBATO, L. V. C. *Reforma Sanitária e Reorganização de Sistema de Serviços de Saúde*: *efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços*, 2000. Rio de Janeiro, Tese de Doutorado: Fundação Oswaldo Cruz.

LULA Presidente. *Plano de Governo 2007-2010*. 2006.

LULA tenta evitar mais despesas. *A Tarde*, Salvador, 24 abr. 2008, p. 20.

MACHADO, K. Bastaria cumprir-se a lei. *Radis*, 63: 9, 2007.

MACHADO, K. Ataque à reforma psiquiátrica brasileira. *Radis*, 67: 16-17, 2008.

MENDES, A. N. & MARQUES, R.M. O impacto da política econômica do governo Lula na Seguridade Social e no SUS. *Saúde em Debate*, 29(31): 257-267, 2005.

MENDONÇA, A.C.O. *et al.* Políticas de Saúde do Governo Lula: avaliação dos primeiros meses de gestão. *Saúde em Debate*, 29(70): 109-124, 2005.

MÊS de expectativa na saúde. *Radis*, 66: 6, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE investiu apenas 5,59% de seu orçamento. *Medicina CFM*, 156: 23, 2005.

NOGUEIRA, M. A. Gramsci, a questão democrática e a esquerda no Brasil. In: COUTINHO, C. N. & NOGUEIRA, M. A. (Org.) *Gramsci e a América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

OLIVEIRA, J. A. Para uma teoria da Reforma Sanitária: 'democracia progressiva' e políticas sociais. *Saúde em Debate*, 20: 85-93, 1988.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Salud en las Américas, 2007*: *países*. Washington: OPS/OMS, 2007. v. 2. (Publicación Científica y Técnica, 622)

ORÇAMENTO DA SAÚDE. Como sempre, recursos insuficientes. *Radis*, 68: 8-9, 2008.

PAIM, J. S. A democratização da saúde e o SUDS: ocaso da Bahia. *Saúde em Debate*, 21: 39-44, 1988.

PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PAIM, J. S. *Saúde Política e Reforma Sanitária*. Salvador: Ceps-ISC, 2002.

PAIM, J. S. Contribuições do marxismo para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). In: PEREIRA, M. F. & SILVA, M. D. F. (Org.) *Recortes do Pensamento Marxista em Saúde*. Brasília: Dreams, 2006.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*, 2007. Salvador, Tese de Doutorado: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

PAIM, J. S. & TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, supl.: 1.819-1.829, 2007.

PLENÁRIAS TEMÁTICAS. Da bagunça ao método. *Radis*, 65: 25-27, 2008.

PLENÁRIA FINAL. Os sem-debate. *Radis*, 65: 29-31, 2008.

PROIBIÇÃO APENAS EM ÁREAS RURAIS. *A Tarde*, Salvador, 24 abr. 2008, p.16.

QUE HERANÇA deixaremos? *Radis*, 65: 22-24, 2008.

REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. Manifesto: reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros. Brasília, 2005. (Mimeo.)

REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29. Sanitaristas de 'ressaca'. *Radis*, 64: 16-17, 2007.

TEIXEIRA, C. F. & PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, 29(31): 268-283, 2005.

TEIXEIRA, S. F. (Org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco, 1989.

UNIÃO FAZ CORTE DE R$ 2,5 BI NA SAÚDE. *A Tarde*, Salvador, 24 abr. 2008, p. 20.

VIANNA, L. W. *A Revolução Passiva: iberismo e americanismo no Brasil*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

VILASBÔAS, A. L. Q. & TEIXEIRA, C. F. Saúde da família e vigilância em saúde: em busca da integração das práticas. *Revista Brasileira Saúde da Família*, 16: 63-67, 2007.

WESTIN, R. Brecha na lei tira R$ 9 bi da saúde. *O Estado de São Paulo*, 28 nov. 2005.

4

A *Démarche* do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal, 1988-2008

Ligia Bahia

Quem examina o saldo de avanços e contrapontos ao Sistema Único de Saúde (SUS) não deixará de divisar entre os argumentos presentes no vasto inventariamento de suas qualidades e deficiências, vestígios das relações entre o público e o privado. As referências valorativas ao público e ao privado freqüentam, mais explicitamente, as teses de defesa dos sistemas universais de saúde ou eficiência da privatização. Isso se não forem computadas as numerosas análises, fundamentadas, ou ao menos alusivas às relações entre o público e o privado que, revestidas de neutralidade, equilíbrio ou profundo conformismo e ceticismo, não se prestam com a mesma facilidade das anteriores às operações de soma ou subtração. Afinal de contas, ao longo desses vinte anos e especialmente no início do século XXI, a saúde coletiva no Brasil também absorveu determinadas noções e pressupostos da economia neoclássica, tomados como indicadores de verdade e muitos dos rituais do culto à ambigüidade e indeterminação.

Assim, a diversidade de perspectivas de interpretações das relações entre o público e o privado projeta-se na encenação simultânea de vários dramas que disputam a atenção do público. Quem angaria mais adeptos tem sido objeto de controvérsia. Mas, não restam muitas dúvidas sobre o contraste dos ambientes de encenação dos distintos enredos. A periferização do debate sobre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro convive com a valorização e a centralidade de sua tematização como tema de regulação governamental do mercado.

Nem sempre foi assim. Nos anos 1970 e 1980, o vigor dos estudos sobre o público e o privado estimulou a mobilização de referenciais teóricos e empíricos sobre as relações entre saúde e trabalho, saúde e capitalismo, saúde e desenvolvimento econômico e social, saúde e democracia e socialismo, para fundamentar a compreensão das interseções das políticas econômicas, previdenciárias e de saúde. A partir dos anos 1990, o tema foi confinado aos espaços das acepções aritméticas – quantos estão e quantos não estão cobertos por planos privados de saúde – em seus matizes à esquerda e à direita e ao sabor das promessas de qualidade alocativa dos gastos. Os modelos abstratos que mimetizam comportamentos relacionados com incentivos e sanções dos contratos e a competitividade de um mercado idealizado infletiram a tradição acadêmica da saúde pública brasileira de buscar apreender a historicidade e, conseqüentemente, as regularidades, singularidades e contradições das estruturas e dinâmicas das instituições de saúde.

É preciso convir que a apresentação, nos dias atuais, de um ensaio intitulado "A irracionalidade da privatização da medicina", de autoria de Carlos Gentile de Mello, escrito em 1977, ou os enunciados de um debate em torno da intensidade e velocidade da estatização dos serviços privados de saúde (tal como na 8ª Conferência Nacional de Saúde [CNS], em 1986) seriam, se não imediata e jocosamente categorizados como restos da poeira do muro de Berlim, ao menos deixados de lado com a devida condescendência ao *old-fashioned*. Por outro lado, os trabalhos com enfoques normativos, às voltas com soluções para a correção de imperfeições do mercado, ou ainda os que afirmam a completa superação de velhos dilemas em função da vigência de novas questões vitais locais e globais adquiriram elevada palatabilidade.

Essa 'virada acadêmica', seus encaixes com os avanços da implementação do SUS ou, alternativamente, suas coincidências – talvez mais precisamente conveniências, com a 'onda neoliberal' – representa, no mínimo, um fator de atordoamento para as tentativas desavisadas de examinar e avançar hipóteses sobre a estrutura e a dinâmica contemporâneas das relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. Com o passar do tempo e desbotamento das cores vívidas que tingiam os debates em torno da privatização ou estatização do sistema de saúde brasileiro, e a concentração de recursos financeiros e poder reunidos em espaços que produzem e difundem interpretações 'consensuais' sobre as relações entre o público e o privado recomendam a reexplicitação do tema e os pressupostos de sua abordagem.

Hoje, as tentativas mesmo canhestras de passagem da descrição diretamente à prescrição, as quais subjazem às amarrações artificiais da realidade a um modelo

abstrato de relações entre o público e o privado, atraem não apenas a preferência dos setores empresariais, como também parte significativa da produção acadêmica. Os estudos que tentam articular as explicações sistêmicas com as circunstâncias concretas, que buscam discernir as contradições, se afastar das oposições binárias e requerer o entendimento crítico das limitações de seus próprios referenciais correm o risco de ir para a prateleira dos textos enfadonhos e repetidos.

Em contextos nos quais as grandes transformações políticas parecem não apenas improváveis, como impossíveis, levar em consideração as relações de propriedade, os fluxos de circulação e apropriação dos recursos financeiros e poder no sistema de saúde brasileiro pode até parecer supérfluo. Por que se perderia tempo em busca de explicações totalizadoras que não terão o menor valor de troca, nem de uso?

Conseqüentemente, alinham-se em prol da descontaminação da política os numerosos adeptos dos modelos de construção de curvas de oferta e demanda em condições ideais e alguns céticos com tendência ao 'pan-poderismo' pós-moderno. Aqueles estudiosos e militantes que insistem em reconvocar e questionar o potencial explicativo de categorias de Estado, sociedade, agentes, interesses econômicos e políticos e, em especial, identificar as conexões e os papéis do Estado para assegurar o funcionamento dos mercados são poucos, no momento.

Não é para menos. Ao perfilar-se aos cantos e encantos de promessas dos ajustes da regulação, não importa se cumpridas, imagina-se ingressar no mundo dos 'vencedores', de onde as ilações sobre as relações entre o público e o privado, encaradas a partir seus observatórios interessados e privilegiados, integram os esforços de reordenamento das engrenagens do mercado. Em contraste, e mais tortuosa a decisão de não transigir com a necessidade simultânea do aprofundamento teórico e sistematização de evidências empíricas que avancem o conhecimento sobre o sistema de saúde. São reconhecidas as dificuldades teórico-conceituais que envolvem as operações de apreensão simultânea da realidade a partir de suas especificidades e de sua totalidade. Ademais, esta opção, ainda que de maneira provisória, implica uma marcação negativa.

Os que estudam as relações entre o público e o privado, a partir de enfoques mais panorâmicos, a princípio permanecem sob suspeição. Num primeiro momento, podem ser encarados como destituídos de competências e habilidades para dispor seu conhecimento em função do 'aprimoramento' do mercado. Mas essa impressão se dissipa pelo teste de demonstração da validade do conhecimento e percuciência do equacionamento gerado com base na politização das relações entre o público e privado. A segunda bateria de provas é a mais difícil. Trata-se de

disputar, no campo da saúde pública, a retomada da centralidade do tema das relações entre o público e o privado e a efetividade das reflexões extraídas pelas análises das políticas que lhes conferem materialidade no que se refere à defesa e à radicalização da efetivação do SUS.

Daí a necessidade de reconectar as reflexões da saúde pública brasileira sobre as relações entre o público e o privado que deram origem à formulação das diretrizes da Reforma Brasileira e do SUS com a análise da situação atual. Esforços nessa direção têm sido empreendidos, tanto por pesquisadores quanto por dirigentes das instituições executoras das políticas de saúde. A mais destacada e recente contribuição das pesquisas sobre a regulação público-privada do setor Saúde gravita em torno do reexame dele a partir da revisão crítica e aprofundamento dos conceitos e categorias de desenvolvimento econômico e social, inovação e complexo industrial da saúde (Gadelha, 2006; Viana & Elias, 2007).

Não é exatamente essa a perspectiva adotada aqui para a problematização de parte das relações entre o público e o privado. Os estabelecimentos de prestação de serviços privados no interior dos limites institucionais do SUS e as empresas de planos e seguros de saúde privados são enfocados tão-somente, tomando-se por base a identificação e a sistematização das políticas públicas que apóiam a privatização da assistência à saúde. Para tanto, situam-se a magnitude e as políticas de privatização para os estabelecimentos privados que integram a rede SUS e as empresas de planos de saúde em dois períodos: pré e pós-SUS. Essa abordagem, ainda que essencialmente exploratória, pode contribuir, quando mais decantada, para fornecer coordenadas mais precisas a respeito das vinculações do subsistema privado de saúde com o restante do complexo industrial da saúde.

Por enquanto, nosso estudo pretende tão-somente encarar o desafio de examinar em conjunto o privado no SUS e o privado no mercado de planos e seguros de saúde. Apesar da modéstia do escopo, a consecução da tarefa não é tão simples. São escassos os estudos que se detêm na privatização da rede assistencial do SUS e ainda não dispomos de uma literatura expressiva sobre as relações entre o público e o privado no mercado de planos e seguros de saúde. É essa constatação, ou seja, as lacunas no conhecimento, considerando um plano intermediário dos processos que circunscrevem as relações entre o público e o privado na assistência à saúde, que serve como fio condutor para a sistematização de informações sobre as políticas públicas implicadas no vasto mercado de estabelecimentos e empresas que comercializam procedimentos assistenciais e planos e seguros de saúde.

O Privado-Público e o Público-Privado nos Limites Institucionais da Rede Assistencial do SUS

O SUS, ou seja, o conjunto de instituições, normas e convenções que integram a rede pública de atenção à saúde, contabiliza em sua rede de serviços estabelecimentos particulares e privados contratados e estabelecimentos públicos vinculados com empresas privadas de planos e seguros de saúde. Ambas as alternativas de articulação entre público e privado derivam de arranjos político-jurídicos pretéritos à Constituição de 1988, que foram preservados, ampliados e modernizados ao longo da implementação do SUS.

Uma vez que o componente privado da rede assistencial do SUS não foi estatizado – nem no curto ou no médio prazo –, sua presença, nada desprezível, passou a ser encarada com relativa naturalidade. A imunidade e até ampliação do componente privado dos serviços de saúde que compõem a rede assistencial do SUS costuma ser atribuída, de modo genérico, ao subfinanciamento. Quando as chaves mestras (e não há dúvidas quanto à importância do subfinanciamento como variável explicativa) cedem às tentativas de adentrar os processos políticos e econômicos que articulam mercado e Estado no sistema de saúde brasileiro, recorre-se de preferência à díade 'descentralização e privatização'. Registra-se ainda um terceiro enfoque, ou bem um desdobramento do segundo, o qual sublinha o sentido de determinação entre a natureza das normas legais do Ministério da Saúde, em especial aquelas categorizadas como centralizadoras/recentralizadoras, com o favorecimento ou desfavorecimento do componente privado do SUS. Além das reflexões voltadas para a análise das políticas de âmbito nacional, os diversos estudos sobre políticas estaduais, municipais de privatização, criação de fundações privadas acopladas a instituições públicas de saúde e terceirização da contratação de recursos humanos, de atividades assistenciais e da gestão em estabelecimentos públicos, sinalizam mudanças na dinâmica do público-privado no SUS.

Em um sentido amplo, a literatura sobre o processo de implementação do SUS abrange perspectivas diversificadas, especialmente no que se refere aos juízos de valor sobre os avanços/recuos de sua arquitetura. Mas há uma convergência em torno do reconhecimento sobre a sinergia entre as dimensões financeiras, institucionais e jurídico-legais envolvidas com o componente privado da rede assistencial do SUS.

Em termos talvez muito sintéticos e artificialmente desagregados, as hipóteses e os equacionamentos elaborados para estudar a estruturação e a dinâmica do SUS,

no que se refere direta ou indiretamente ao componente privado de sua rede assistencial, evidenciam que: 1) o subfinanciamento incide sobre a escassez ou a ausência de recursos para ampliação da capacidade instalada pública, degradação dos valores de pagamento de serviços, remuneração dos profissionais da saúde e deterioração das condições físicas dos estabelecimentos públicos de saúde; 2) os denominados 'efeitos paradoxais da descentralização', expressos na assimetria entre a delegação de responsabilidade e poder aos entes federados subnacionais, sobretudo os municípios, associam-se à autarquização, refletida na manutenção das formas de propriedade e autonomia dos estabelecimentos privados (em especial os hospitais) e fragmentação do sistema; 3) as normas do Ministério da Saúde ao reproduzirem o modelo de compra de procedimentos médico-hospitalares e condicionarem os repasses de recursos do Ministério da Saúde para determinados programas/ações emitem sinais opostos, pois reafirmam o padrão de inserção autônomo dos hospitais (majoritariamente privados) na rede SUS, bem como reduzem/cerceiam a autonomia política e administrativa de estados e municípios.

Entre os resultados desses estudos, destacam-se, para fins do dimensionamento do componente privado no SUS, as inferências com base em evidências empíricas sobre a cristalização da vocação de dois dos componentes da rede assistencial. As constatações do predomínio do público na atenção básica e do privado na assistência hospitalar. Tais conclusões corroboram as teses sobre a incompletude ou desvios do processo de implementação do SUS.

Dada a extensão e profundidade das análises disponíveis, as principais interrogações acerca das relações entre o público e o privado no interior do SUS já foram respondidas. Todavia, esse elevado patamar de conhecimentos, contextualizado pelo anúncio da retomada do papel do Estado no processo de desenvolvimento econômico e social e conseqüentemente expectativa de revitalização e efetivação das políticas públicas universais, repõe na agenda as perguntas sobre a situação atual e tendências da privatização no SUS. Mas, nos dias atuais, essas interrogações não possuem o mesmo frescor, simplicidade e contundência, daquelas enunciadas nos anos 1970 e 80.

Diante das profundas mudanças no ordenamento mundial, não basta a mera reafirmação ou negação de alinhamentos político-ideológicos, ainda que estes sejam essenciais às expressões de vontades e esperanças. O desafio a ser enfrentado, ou pelo menos equacionado, é a dinâmica de renovação das bases de sustentação do componente privado no sistema de saúde. Esse esforço requer não apenas a revisão criteriosa da produção científica e técnica acumulada, mas também a

disposição de identificar os vetores de reorganização das relações entre o público e o privado nos limites institucionais do SUS.

Àqueles que se aventurem a percorrer caminhos já trilhados, buscando identificar novos elementos na paisagem, exige-se a explicitação de pressupostos. Qual seria o ponto de partida? A privatização avançou ou retraiu? Quando e em que circunstâncias e tipos de serviços ou especialidades? Uma interrogação que pressupõe uma valoração negativa da privatização poderia ser assim enunciada: "Se a privatização não foi enfrentada antes, o que é possível fazer agora?" Uma indagação que esconde a inexorabilidade da convivência com a privatização: "Se a privatização é um fato, o que fazer para adequá-la às diretrizes do SUS? Uma avaliação positiva da publicização?" Enfim, um empreendimento analítico necessário, mas que ultrapassa em muito as modestas pretensões do presente artigo. O reconhecimento dos limites de uma abordagem exploratória não desautoriza a problematização de um subconjunto de informações sobre a rede assistencial público-privada do SUS e as políticas públicas em prol do privado.

Os Números não 'Mentem', mas Tampouco 'Falam' Exatamente o que Queremos Ouvir

Como se sabe, a rede assistencial do SUS compõe-se de estabelecimentos públicos e privados, que por seu turno abrigam uma miríade de formas de contratação de pessoal, equipamentos e serviços, e procedimentos. Os tipos puros – público e privado de um único empreendimento, praticamente inexistem. No linguajar cotidiano, o fato de um estabelecimento ser público ou privado não se associa necessariamente ao fato de seus serviços serem 'próprios'. Estabelecimentos de saúde públicos e privados contratam terceiros para executar diversas atividades.

Assim, as múltiplas possibilidades de combinação entre a natureza jurídico-institucional do estabelecimento com a de seus serviços, equipes profissionais e atividades não são, por obrigação, levadas em conta para se classificar um estabelecimento ou suas atividades-fim como públicas ou privadas. Com isso, as profundas mudanças na composição interna público-privada dos estabelecimentos de saúde, especialmente os hospitalares, bem como na natureza dos vínculos das equipes de saúde – exceção para as do Programa de Saúde da Família (PSF) – têm merecido pouca atenção dos executores e pesquisadores das políticas de saúde e não redefinem ou qualificam os envoltórios públicos ou privados que revestem os inventariamentos da capacidade instalada.

Costumamos nos basear nas informações sobre a capacidade instalada e a utilização de serviços para dizer que o "SUS avançou na atenção básica" ou ainda que o "o principal problema do SUS é a média complexidade". Entretanto, esse disseminado sentimento sobre a existência de uma correlação linear entre o advento do SUS e alterações na oferta pública de serviços de saúde não é comprovável de imediato pelas informações disponíveis. De fato, é notável a oferta de serviços categorizados como públicos, ainda mais os rotulados sem internação. Todavia, as tendências de crescimento dos estabelecimentos de saúde tanto públicos como privados não são contemporâneas ao SUS e nem proporcionais à importância política da promulgação do direito universal à saúde.

Quando se comparam as tendências de crescimento pré e pós-SUS, com base nos dados das Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária, verifica-se que a curva de aumento dos estabelecimentos ambulatoriais públicos precede a promulgação e a implementação do SUS. O cálculo da variação percentual do número de estabelecimentos nos intervalos de 1976-1988 e 1988-2005, mostra a superioridade da taxa de crescimento para os estabelecimentos públicos sem internação no período pré-SUS e a preservação da preponderância dos primeiros (cerca de três vezes mais numerosos do que os segundos) ao longo do tempo. Nota-se ainda que os estabelecimentos públicos com internação e leitos, ao contrário dos privados apresentam taxas positivas e mais elevadas de crescimento no período pós SUS (Tabela 1).

Mas, as irregularidades temporais entre a ampliação da demanda, o crescimento genérico ou decréscimo da oferta de estabelecimentos e leitos públicos não significa afirmar a inexistência de mudanças trazidas pelo SUS, em função de pelo

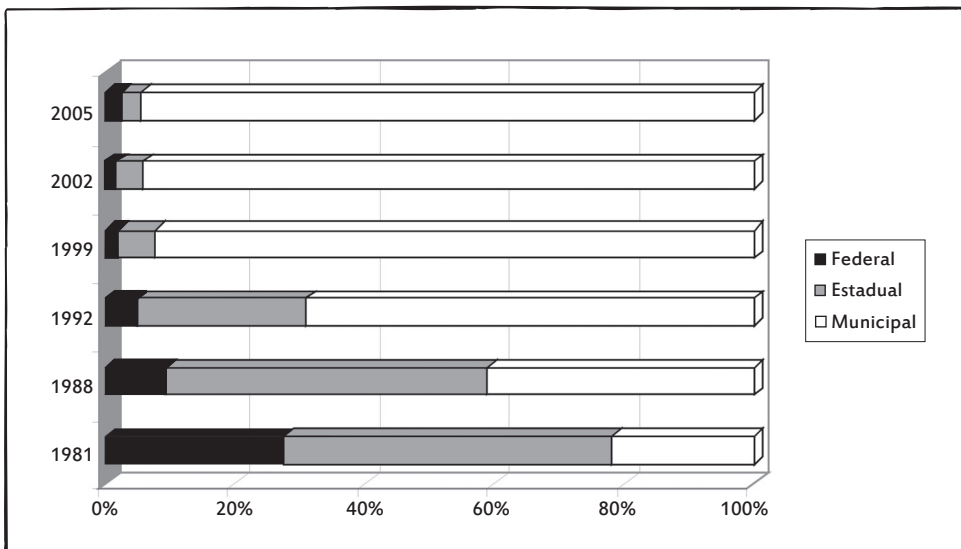
Tabela 1 – Número de estabelecimentos, segundo o regime e natureza jurídico-institucional. Brasil, 1976, 1988 e 2005

Tipo de estabelecimento	1976	1988	2005	Variação % 1976–1988	Variação % 1988–2005
Público com internação	960	1.823	2.727	89,90	49,59
Privado com internação	4.351	5.300	4.428	21,81	– 16,45
Público sem internação	5.805	19.649	41.260	238,48	109,99
Privado sem internação	2.017	6.860	14.068	240,11	105,07
Leitos públicos	119.062	120.776	148.966	1,44	23,34
Leitos privados	324.826	406.420	294.244	25,12	– 27,60

Fonte: Pesquisa Assistência Médica Sanitária, IBGE.

menos duas ordens de razões. Em primeiro lugar porque a rede SUS comporta estabelecimentos públicos e parte dos privados. Fato que implica a inclusão na contabilidade da rede SUS de uma parcela da capacidade instalada privada. Além disso, as transições demográficas e epidemiológicas e as inovações na organização da oferta de serviços de saúde modularam a capacidade instalada ao longo do tempo. Assim, é relevante enfatizar não apenas as mudanças nas dimensões e composição público-privada, mas as alterações estratégicas à efetivação da integralidade e universalidade da cobertura.

Uma das mais proclamadas e relevantes transformações na oferta de serviços no Brasil pós-SUS é a municipalização dos estabelecimentos de saúde, carregando consigo, entre outras mudanças, o expressivo aumento e diversificação dos postos de trabalho. A proporção de estabelecimentos públicos municipais em relação ao total dos públicos passou de 21,7% em 1981, para 41,2% em 1988; 68,2% em 1992; 92,2% em 1999; e 94,1% em 2005. Em números absolutos a oferta pública municipal cresceu exponencialmente no período pós-SUS: em 1981 foram registrados 2.961 estabelecimentos; em 1988, 8.551; em 1992, 18.662; em 1999, 30.404; em 2002, 36.095; e em 2005, 42.549. Enquanto o número de estabelecimentos da esfera federal e sobretudo da estadual diminuiu no mesmo período (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Proporção de estabelecimentos públicos de saúde segundo esfera administrativa. Brasil, diversos anos

Foram assimétricos os efeitos do aumento do número de estabelecimentos públicos com as mudanças nas atribuições pelas ações de saúde das esferas subnacionais, especialmente a municipal, sobre a composição público-privada e responsabilidade pela geração de postos de trabalho. Consistiram na pequena ultrapassagem dos empregos em estabelecimentos privados pelos públicos. Em 1978, 46,78% dos postos de trabalho estavam localizados em estabelecimentos privados e em 1982, 2002 e 2005, 51%, 56,9% e 52,3%, nos públicos, respectivamente. Por outro lado, a municipalização dos postos de trabalho é bastante evidenciada no período pós-SUS e parece não ter sido afetada pela informalização/precarização do trabalho na saúde da qual nos fala a literatura (Tabela 2 e Gráfico 2) (Nogueira, 2002).

Essas tortuosas linhas de expansão do público tornam-se ainda mais heterogêneas e complexas quando cotejadas com a situação do componente SUS-privado. De acordo com os dados disponíveis até 2005, o número de estabelecimentos SUS-privados não se alterou. As tendências de reordenamento interno dos recursos de cada estabelecimento de saúde (fenômeno em geral denominado 'fechamento/diminuição' de leitos para o SUS) e destinação universal ou particular dos recursos (equipamentos) adquiridos mais recentemente, que parecem marcadores mais adequados ao acompanhamento de determinadas dimensões da capacidade instalada do público e do privado nos limites institucionais do SUS, não foram captadas pelos recenseamentos de capacidade instalada.

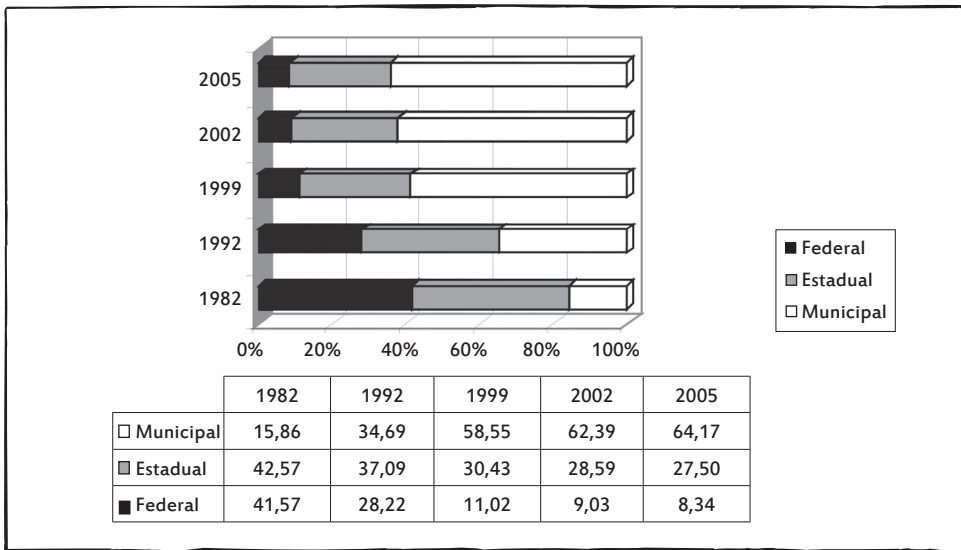
Sob um enfoque ainda mais pormenorizado, o tracejado público-privado que recorta a rede assistencial do SUS parece adquirir maior nitidez. Parte dos serviços e equipamentos privados integra a rede SUS. Dispomos de registros de cadastro

Tabela 2 – Distribuição dos postos de trabalho* nos estabelecimentos de saúde, segundo a natureza da entidade mantenedora. Brasil, 1982, 1992, 1999, 2002, 2005

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total Público	%	Total Privado	%	Total
1982	117.710	120.561	44.917	283.188	51,01	271.953	48,99	555.141
1992	113.987	149.838	140.152	537.688	51,98	496.680	48,02	1.034.368
1999	48.953	135.116	259.981	751.451	54,64	623.787	45,36	1.375.238
2002	62.708	198.546	433.322	870.361	56,87	660.050	43,13	1.530.411
2005	70.714	233.259	544.357	848.330	52,30	773.761	47,70	1.622.091

* Exclui os postos de trabalho classificados como empregos/função de administração.
Fonte: AMS/IBGE.

Gráfico 2 – Distribuição dos postos de trabalho em estabelecimentos públicos segundo esfera administrativa. Brasil, diversos anos

	1982	1992	1999	2002	2005
□ Municipal	15,86	34,69	58,55	62,39	64,17
▪ Estadual	42,57	37,09	30,43	28,59	27,50
■ Federal	41,57	28,22	11,02	9,03	8,34

que nos fornecem informações acerca da dupla vinculação (pública e privada) de parte dos recursos assistenciais. Mesmo assim, permanece obscuro o resultado contábil da capacidade instalada deduzida da abertura ou fechamento de portas, no interior de cada estabelecimento privado que declara integrar a rede SUS, para segmentos populacionais definidos por fonte de remuneração do cuidado ou procedimento.

O padrão privado-público que caracteriza, por exemplo, a oferta de equipamentos de hemodiálise – propriedade privada e assistência universal: a maioria dos equipamentos são privados e 90,2%, em 2005, destinaram-se ao atendimento universal – não pode ser, automaticamente, extrapolado para outras áreas assistenciais. A composição público-privado de determinadas especialidades e equipamentos variou segundo um gradiente de uso universal ou não. No pólo público situaram-se a imunização e a internação domiciliar (cerca de 95% e 83% respectivamente); na zona privado-pública predominou a hemodiálise (82,5%), a radioterapia (55%) e a medicina nuclear (50%); e no pólo constituído pela parcela destinada exclusivamente a demandas privadas (planos e seguros de saúde privado) destacaram-se a ressonância nuclear magnética (56%), a radiologia odontológica (cerca de 55%) e a cirurgia oftalmológica a *laser* (52%) (AMS/IBGE, 2005).

De fato, se forem tomados de modo isolado, alguns indicadores de capacidade instalada questionariam idéias bastante difundidas. Quando dizemos que a "alta complexidade é pública" e que a "emergência é pública", essas afirmações não correspondem de maneira unívoca ao fato de que os hospitais públicos possuam, necessariamente capacidade instalada mais 'complexa' do que os privados. As informações dos cadastros de estabelecimentos evidenciam que os hospitais privados abrigam a maior parte dos serviços de 'alta complexidade' como quimioterapia, centro de tratamento intensivo, cirurgia cardíaca e até unidades de emergência. Constata-se o predomínio privado, quer como forma de propriedade, quer na destinação do serviço/equipamento, em diversas áreas assistenciais, inclusive nas prioritárias para o Ministério da Saúde, como na detecção precoce de neoplasia (em 2005, apenas 15% dos mamógrafos eram públicos e cerca de 50% dos demais aparelhos destinavam-se exclusivamente ao atendimento não universal) (AMS, 2005).

Por outro lado, as acepções sobre a forte presença pública em determinadas especialidades e a privada em outras não deve ser descartada em virtude apenas de conclusões extraídas do somatório de estabelecimentos, postos de trabalho ou equipamentos. A capacidade instalada, a oferta de serviços, não é traduzível de imediato em coberturas, utilização de serviços e muito menos 'acesso'. Assim, a variação do teor público-privado decerto é condicionada pela quantidade e natureza jurídico-institucional da oferta, mas também por filtros internos que graduam o franqueamento ou não à utilização dos serviços. Os registros que informam que um mesmo determinado espaço físico ou equipamento está disponível ao atendimento universal e ao não universal ainda têm pouca tradução prática, porque ainda é incipiente o conhecimento sobre o *modus operandi* das aberturas e fechamentos das portas públicas e privadas.

O Reordenamento Público-Privado na Utilização de Serviços da Rede SUS

O pensamento generalizante segundo o qual "o SUS é o responsável pela atenção básica e alta complexidade" é por vezes acompanhado da visualização de uma rede assistencial 'pública', conformada por unidades de saúde básicas ou complexas. Daí o público seria o repositório dos recursos destinados à remuneração de procedimentos caros. Contudo, essa idéia não mantém uma correspondência unívoca com os espaços ocupados pelo público em relação à capacidade instalada, produção de serviços e destino dos gastos com saúde.

Tomando como referência a produção de serviços e os gastos realizados pré-SUS e pós-SUS observa-se um movimento contraditório: o notável aumento da quantidade de atividades assistenciais pelos prestadores de serviços públicos, principalmente os ambulatoriais municipais e a relativa estabilidade no volume de transferências de recursos financeiros governamentais para o privado-público.

Entre 1981[1] e 2005, o número de consultas médicas por habitante da rede previdenciária e pública aumentou de 1,7 para 2,5. Nesse mesmo período, os exames de patologia clínica por consulta aumentaram sem parar (0,29 em 1981 e 0,75 em 2005) e os de radiologia (imagem), também, porém de modo mais discreto (0,07 em 1981 e 0,13 em 2005). Inversamente o número de internações decresceu (8,8 internações por 100 habitantes em 1981 e 6,2 em 2007), sobretudo em decorrência das mudanças no perfil de morbi-mortalidade e suas repercussões sobre os regimes e conteúdos assistenciais (Tabela 3). Registre-se ainda que a elevação da produção de procedimentos de alto custo pré e pós-SUS foi bastante superior à de consultas médicas. O número de sessões de hemodiálise (terapia renal substitutiva) e quimioterapia por 1.000 habitantes passou de 3,51 em 1981 para 7,17 em 1987; 30,43 em 1997 e 52 em 2007. E o de tomografias computadorizadas passou de 0,39 por 1.000 habitantes em 1987 para 7,34 em 2007. Observa-se ainda a intensificação da utilização de procedimentos como radioterapia, medicina nuclear e hemoterapia (Tabela 4).

A justaposição das alterações na quantidade de serviços e os procedimentos com as mudanças na capacidade instalada reordenaram a composição público-privada da rede assistencial de acesso universal. No período pré-SUS, a participação dos prestadores privados, especialmente na produção de internações, era predominante (cerca de 30% e 36% das consultas e 70% e 80% das internações em 1981 e 1987, respectivamente). Após a implantação do SUS, em 1997, o componente público da rede SUS realizou 77,5% das consultas e 22% das internações e, em 2007, 88% das consultas e 43% das internações (Gráfico 3).

Essa nova geometria público-privada continuou a abrigar arranjos assistenciais com base no predomínio do privado-público. O perfil privado-público de determinadas especialidades e procedimentos, categorizados como de alto custo, não foi modificado, ao contrário, em certos casos se acentuou. Os prestadores privado-públicos permaneceram controlando a produção de procedimentos de hemodiálise (pelo menos 93% em 1987 e 94,5% em 2007); radioterapia (pelo menos 89,5% em

---

1 Considerando apenas as registradas pelo Inamps (Inamps em Dados, 1981).

Tabela 3 – Número de internações, consultas e exames. Brasil, 1981 a 2007

Ano	População	Internações	Consultas médicas	Exames Patologia	Exames Radiologia	Internação/ 100 hab	Consultas/hab	Exames Patologia clínica/ Consulta	Exames Radiologia/ Consulta
1981	121.381.328	10.778.148	202.589.387	58.393.504	14.674.305	8,88	1,67	0,29	0,07
1982	124.250.840	13.070.882	206.284.445	56.769.036	15.105.718	10,52	1,66	0,28	0,07
1983	127.140.354	12.071.162	218.577.113	57.895.294	14.940.480	9,49	1,72	0,26	0,07
1984	130.082.524	12.669.349	235.658.680	61.045.506	15.222.992	9,74	1,81	0,26	0,06
1985	132.999.282	12.095.740	238.362.699	64.081.726	14.324.724	9,09	1,79	0,27	0,06
1986	135.814.249	11.394.826	237.525.183	63.033.769	13.666.873	8,39	1,75	0,27	0,06
1987	138.585.894	11.758.245	246.642.029	69.299.251	13.684.896	8,48	1,78	0,28	0,06
1988	141.312.997	11.927.361				8,44			
1989	143.997.246	12.193.633				8,47			
1990	146.592.579	12.562.830				8,57			
1991	149.094.266	14.411.810				9,67			
1992	151.546.843	12.333.702				8,14			
1993	153.985.576	15.617.080				10,14			
1994	156.430.949	15.367.326				9,82			
1995	158.874.963	13.275.064	344.973.557	172.829.516	33.433.042	8,36	2,17	0,50	0,10
1996	161.323.169	12.530.882	346.722.508	181.532.654	34.529.874	7,77	2,15	0,52	0,10
1997	163.779.827	12.351.464	361.443.046	194.747.264	37.033.650	7,54	2,21	0,54	0,10
1998	166.252.088	12.248.632	358.089.170	208.197.240	39.166.171	7,37	2,15	0,58	0,11
1999	168.753.552	12.438.376	375.416.936	221.915.886	41.560.466	7,37	2,22	0,59	0,11
2000	171.279.882	12.426.137	395.318.555	246.491.759	42.315.312	7,25	2,31	0,62	0,11
2001	173.821.934	12.227.236	420.861.397	265.522.457	45.657.371	7,03	2,42	0,63	0,11
2002	176.391.015	12.233.702	445.005.827	288.865.492	50.119.579	6,94	2,52	0,65	0,11
2003	178.985.306	12.094.875	445.289.520	300.986.002	52.377.253	6,76	2,49	0,68	0,12
2004	181.586.030	11.953.856	444.698.920	316.528.146	55.134.139	6,58	2,45	0,71	0,12
2005	184.184.264	11.861.494	461.252.669	344.995.361	58.323.950	6,44	2,50	0,75	0,13
2006	186.770.562	11.721.412				6,28			
2007	189.335.118	11.718.182				6,19			

Fontes: 1981 a 1987, Inamps em Dados 1981, 1983 e 1987
2001 a 2005 – Datasus – Indicadores de Saúde (Indicadores e Dados Básicos) e Informações Internações Hospitalares e Informações Produção Ambulatorial <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.

Tabela 4 – Evolução da utilização de procedimentos selecionados. Brasil, 1981, 1987, 1997 e 2007

Procedimentos	1981		1987		1997		2007	
Radioterapia	2.524.673	20,80	2.911.182	21,01	4.917.670	30,03	7.158.572	37,81
Hemodiálise	813.625	3,51	993.389	7,17	4.983.541	30,43	9.829.411	51,92
Quimioterapia	426.042	2,29	292.424	2,11	567.654	3,47	1.795.042	9,48
Tomografia computadorizada			54.164	0,39			1.390.479	7,34

Fontes: Inamps em Dados, 1981 e 1987 (Datasus).
Dados populacionais: 1981 (121.381.328); 1987 (138.585.894); 1997 (163.779.827); 2007 (189.335.118). IBGE Estimativas de População.

Gráfico 3 – Proporção de consultas e internações segundo tipo de prestador pré-SUS e pós-SUS. Brasil, 1981,1987, 1997 e 2007

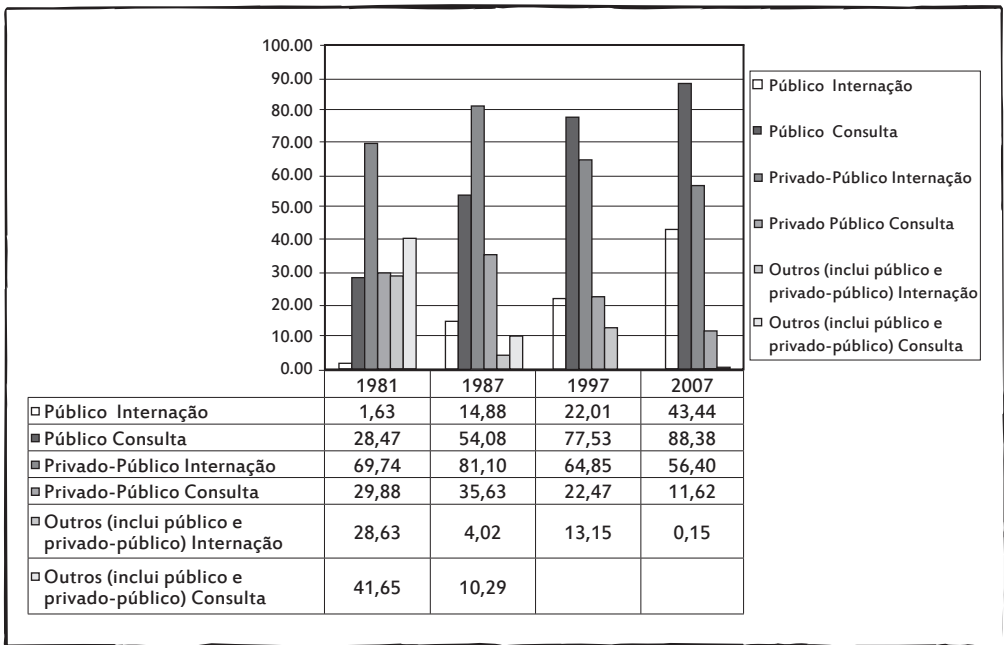
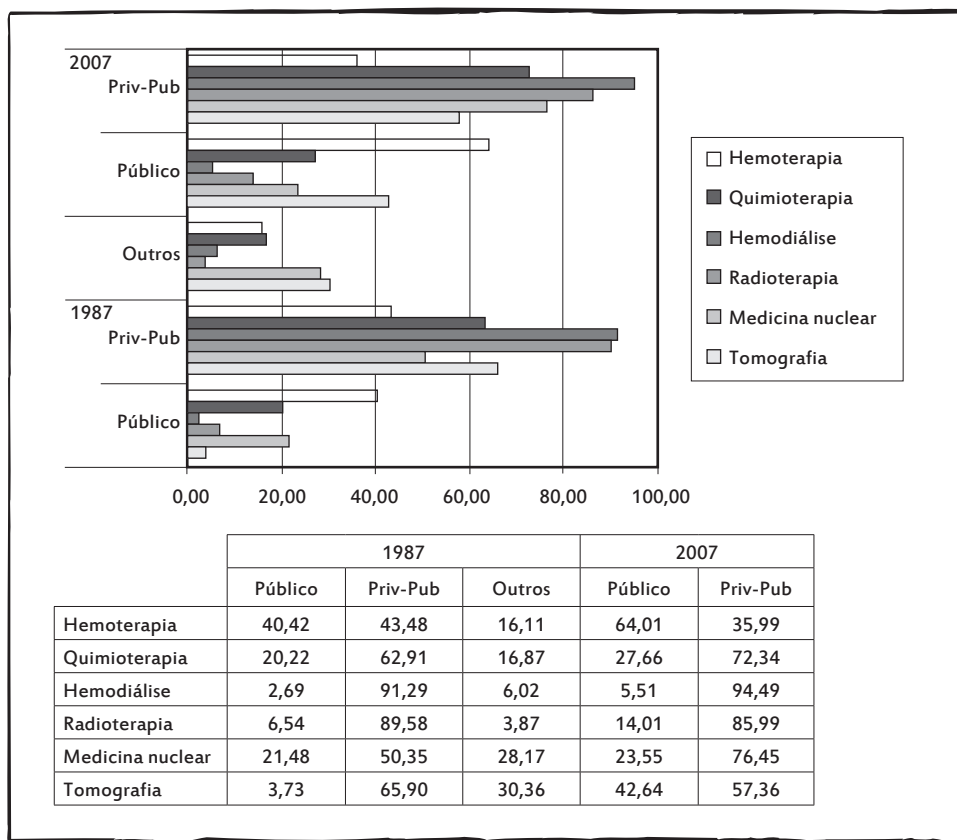
	1981	1987	1997	2007
Público Internação	1,63	14,88	22,01	43,44
Público Consulta	28,47	54,08	77,53	88,38
Privado-Público Internação	69,74	81,10	64,85	56,40
Privado-Público Consulta	29,88	35,63	22,47	11,62
Outros (inclui público e privado-público) Internação	28,63	4,02	13,15	0,15
Outros (inclui público e privado-público) Consulta	41,65	10,29		

1987 e 86% em 2007); medicina nuclear (pelo menos 50% em 1987 e 76,5% em 2007) e quimioterapia (pelo menos 63% em 1987 e 72,3% em 2007). Essa tendência, não se estendeu à produção de tomografias computadorizadas (3% em 1987 e 43% em 2007) e hemoterapias (40% em 1987 e 65% em 2007) (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Proporção de procedimentos realizados por prestadores públicos e privados-públicos. Brasil, 1987 e 2007

	1987			2007	
	Público	Priv-Pub	Outros	Público	Priv-Pub
Hemoterapia	40,42	43,48	16,11	64,01	35,99
Quimioterapia	20,22	62,91	16,87	27,66	72,34
Hemodiálise	2,69	91,29	6,02	5,51	94,49
Radioterapia	6,54	89,58	3,87	14,01	85,99
Medicina nuclear	21,48	50,35	28,17	23,55	76,45
Tomografia	3,73	65,90	30,36	42,64	57,36

Destinação dos Recursos Federais do Inamps/Ministério da Saúde para Prestadores Públicos e Privados

Entre os reflexos das mudanças na composição público-privada na produção de serviços da rede assistencial pública situam-se as alterações no volume e no destino dos recursos federais para prestadores públicos e privados (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/Inamps e Ministério da Saúde/MS). A participação dos prestadores públicos aumentou muito (25% em 1981, 39% em 1987, 37% em 1997 e 47% em 2007), enquanto a dos privados-públicos foi reduzida de 72% em 1981 para 50% em 2007. O volume de recursos que apresentava uma tendência acentuada de aumento no período pré-SUS reduziu-se de modo

dramático no intervalo 1987-1997 e, apesar da elevação entre 1997 e 2007, não chegou a atingir o mesmo patamar de 1981 (Tabela 5).

Quando são detalhadas as mudanças na composição público-privada do fluxo de recursos federais considerando-se os componentes público e privado da Medicina Previdenciária (em 1981 e 1987) e do SUS (1997, 2007), verifica-se que: a tendência de ampliação dos recursos para estados e municípios prenunciou-se no período pré-SUS (5% em 1981 e 37% do total de recursos assistenciais em 1987); a curva de elevação da destinação dos recursos para os prestadores filantrópicos ocorreu e se acentuou no período pós-SUS (5% em 1987, 22% em 1997 e 32% em 2007); a participação dos prestadores contratados privados e dos públicos federais foi intensamente reduzida (Gráfico 5).

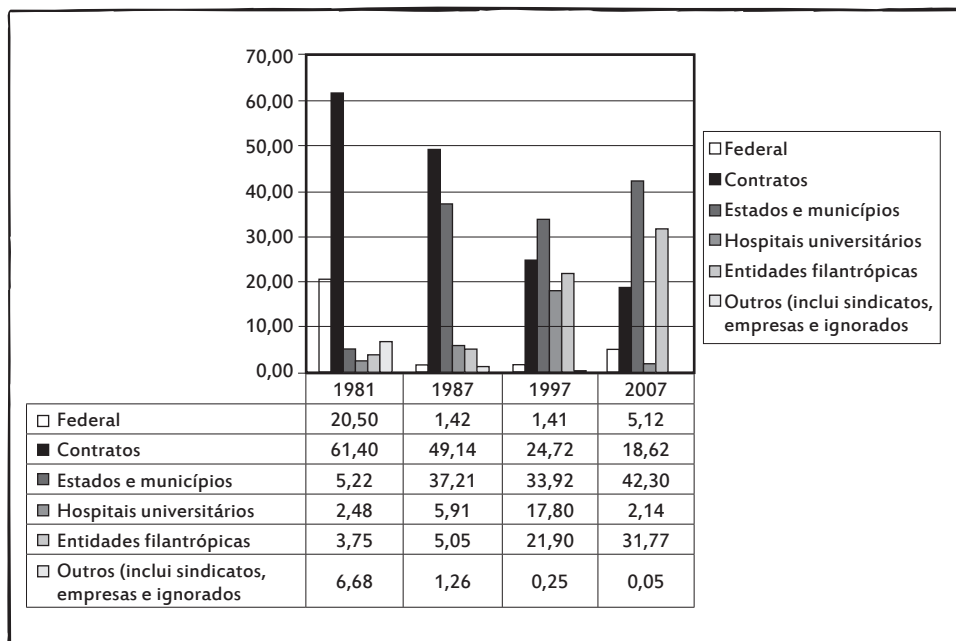
A complexidade da arquitetura dos deslocamentos dos repasses privado-públicos traduz-se, entre outros marcadores, na evolução dos valores unitários médios de remuneração de internações hospitalares. Os preços das internações dos prestadores privados foram maiores do que os destinados aos estabelecimentos públicos, especialmente nos anos 1990. A partir de 2001, os preços das internações realizadas em estabelecimentos públicos e privados tenderam a se aproximar. A superioridade dos valores de remuneração dos hospitais universitários em relação aos privados-públicos manteve-se mais elevada entre o final dos anos 1980 e ao

Tabela 5 – Repasses para despesas assistenciais, segundo natureza jurídica dos prestadores de serviços

Natureza do prestador do serviço	1981	%	1987	%	1997	%	2007	%
Público	84.228.500.000	25,71	63.228.487.000	38,63	2.423.207.642	36,85	8.850.015.445	47,44
Privado-público	235.225.332.000	71,81	90.781.095.000	55,46	2.932.533.840	44,59	9.404.239.904	50,41
Hospitais universitários	8.112.690.000	2,48	9.679.589.000	5,91	1.220.671.194	18,56	399.967.455	2,14
Total	327.566.523.981	100	163.689.172.987	100,00	6.576.412.676	100,00	18.654.222.804	100
Total corrigido					12.671.050.512			
IPCA-IBGE*	20.614.606.058		50.233.817.325					

* Valores corrigidos pelo IPC-A Banco Central para janeiro de 2007 <http://www4.bcb.gov.br/pec/Correcao/>.
Fontes: Inamps em Dados, 1981 e 1987; Datasus, 2008.

Gráfico 5– Distribuição de repasses para assistência à saúde (ambulatorial e hospitalar) pelo Inamps e Ministério da Saúde segundo tipo de prestador de serviço.1981, 1987, 1997 e 2007

	1981	1987	1997	2007
Federal	20,50	1,42	1,41	5,12
Contratos	61,40	49,14	24,72	18,62
Estados e municípios	5,22	37,21	33,92	42,30
Hospitais universitários	2,48	5,91	17,80	2,14
Entidades filantrópicas	3,75	5,05	21,90	31,77
Outros (inclui sindicatos, empresas e ignorados	6,68	1,26	0,25	0,05

longo da década de 90. Por isso, a sugestiva queda dos preços das atividades destes últimos, na década de 2000, deve ser encarada com cautela em função das alterações específicas na taxonomia destes prestadores de serviços (Gráfico 6).

O aumento, em termos reais dos preços das internações hospitalares não foi homogêneo para os distintos tipos de estabelecimentos hospitalares. Entre os públicos, o crescimento dos valores das internações dos hospitais federais e estaduais foi maior do que o dos municipais. Estes últimos, que ocupavam a penúltima posição de valor médio por internação em 1997, passaram para a última em 2007. No subconjunto dos privados, a ampliação dos preços das internações dos filantrópicos foi maior do que a obtida pelos contratados (Tabela 6). A seletividade e reposicionamento dos estabelecimentos filantrópicos na rede SUS podem ser exemplificados em relação às cirurgias cardíacas – mais de 70% delas, feitas na rede SUS, foram realizadas por prestadores privados em 2007, sendo 57% pelos hospitais filantrópicos aos quais foram destinados 59% do total de despesas (Tabela 7).

Tabela 6 – Estimativa da variação, preços unitários de internações, segundo tipo de prestador de serviço. Brasil, 1997 e 2007 (valores corrigidos pelo IPCA)

Tipo de estabelecimento hospitalar	1997 Valor nominal médio	1997 Valor ajustado	2007 Valor nominal médio	Variação percentual 2007–1997 (preço de 1997 ajustado)
Próprio	220,73	434,52	537,5	19,16
Contratado	240,17	454,27	585,04	22,35
Contratado optante pelo Simples	175,98	332,86	524,3	36,51
Federal	143,56	277,21	1022,38	72,89
Federal verba própria	266,83	504,7	465,97	-8,31
Estadual	209,46	396,18	716,9	44,73
Municipal	163,04	308,38	421,05	26,75
Filantrópico	194	367	608,59	39,69
Filantrópico isento de tributos e contribuições sociais	237,14	448,54	781,96	42,64
Filantrópico isento IR e contribuições s/lucro líquido	188,07	355,73	959,78	62,93
Sindicato	149,35	282,49	346,96	18,58

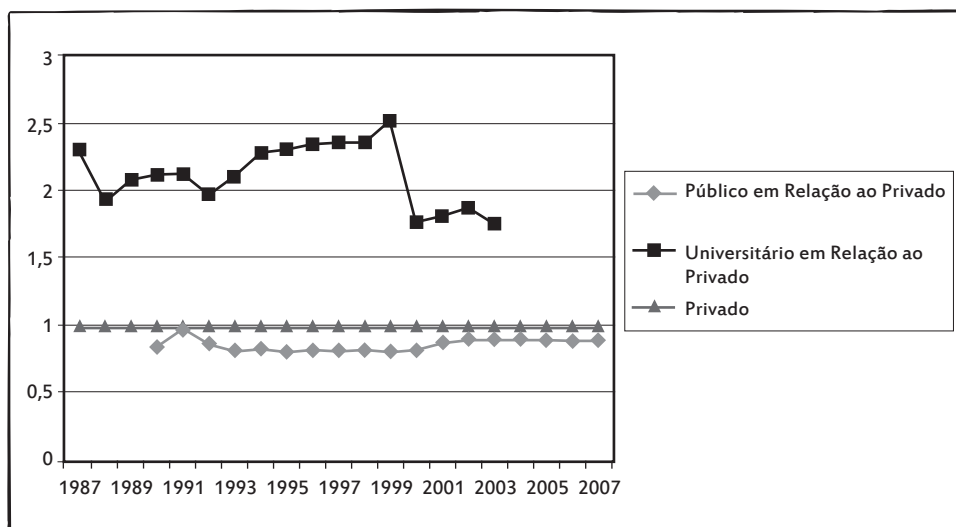
Tabela 7 – Quantidade e despesas com cirurgia cardíaca na Rede SUS, segundo tipo de prestador de serviço. Brasil, 2007

	Quantidade	%	Remuneração	%
Público	65.206	28,11	244.017.160,98	27,49
Privado	166.768	71,89	643.604.442,29	72,51
Filantrópico	132.648	57,18	528.457.337,28	59,54
Contratado	34.120	14,71	115.147.105,01	12,97
Ignorado	14	0,01	10.561,00	0,00
Total	231988	100,00	887.632.164,27	100

Fonte: Datasus, 2008.

Mudanças na Composição Público-Privada da Rede SUS

A publicização da rede assistencial de saúde universal, pós-SUS, é evidente. Houve ampliação do componente público, em termos de capacidade instalada, produção de serviços e repasses financeiros. Contudo, tal expansão não ocorreu de maneira proporcional e simultânea. Parte das mudanças na composição público-privada,

Gráfico 6 – Relações entre os valores de remuneração de internações hospitalares (público/privado e universitário/privado). Brasil, 1987-2007

como o incremento da capacidade instalada ambulatorial pública e dos postos de trabalho, bem como a elevação dos repasses financeiros federais para prestadores públicos já havia sido anunciada na primeira metade dos anos 1980. A partir dos anos 1990 essas tendências se acentuaram ou se consolidaram.

Outras mudanças como: 1) aumento da capacidade instalada hospitalar; 2) crescimento exponencial da assistência ambulatorial; 3) elevação da produção de consultas e de internações hospitalares por órgãos públicos; e 4) a municipalização dos postos de trabalho são marcas dos anos 90. No mesmo período pós-SUS, a participação do componente privado-público, especialmente o subcomponente filantrópico, na produção de determinados procedimentos de maior complexidade permaneceu estabilizada ou até se ampliou.

Não se poderia deixar de ressaltar que a relação de modificações considerada é bastante incompleta e até mesmo insensível às profundas transformações nos padrões de distribuição dos recursos federais. Basta dizer que em 1979 o número de internações por habitante remuneradas pelo Inamps no Maranhão era quatro vezes menor do que em São Paulo e o de consultas sete vezes inferior aos do Rio de Janeiro. Tampouco as parcas informações compiladas são suficientes e adequadas à sistematização de evidências de outros relevantes avanços do SUS, quer no âmbito jurídico-institucional, quer no operacional.

A despeito dessas limitações, os dados coligidos sinalizam duas ordens de mudanças expressivas na composição público-privada da rede SUS. A primeira refere-se ao crescimento da capacidade instalada pública. E a segunda diz respeito à notável ampliação do subcomponente filantrópico e decréscimo do contratado no âmbito do componente privado.

Dada a velocidade, extensão, profundidade e complexidade jurídico-institucional que envolve as transformações na composição público-privada da rede SUS, seria inapropriado atribuí-las exclusivamente a processos incrementais ou ainda a fatores extra-setoriais. O fenômeno que conjuga a 'retirada' dos prestadores contratados e a expansão dos filantrópicos e dos públicos na rede SUS certamente reflete os interesses de agentes sociais traduzidos em políticas públicas.

Apesar de as pistas apontarem para a necessidade de estabelecer as relações entre as políticas públicas e a reconfiguração da rede de saúde pública, a mera apresentação do movimento de 'sobe e desce' de algumas evidências empíricas também dá voz aos que tentam explicar todas as mudanças no sistema de saúde brasileiro pela imposição de um simplificado modelo reducionista de dose-resposta. Os que supõem que o aumento do número de clientes de planos e seguros de saúde é a variável, independentemente de um modelo de explicação sobre as mudanças no sistema de saúde brasileiro, reafirmarão a existência de uma dupla 'saída'. Parte da capacidade instalada do subcomponente contratado da rede previdenciária teria acompanhado o traslado da parcela dos então beneficiários da Previdência Social que migraram do público para o privado.

E como não são poucos os que ativa ou inadvertidamente consentem com um esquema explicativo com base na renúncia *a priori* de interpretar o sistema de saúde brasileiro tomando-se por base o SUS, é preciso persistir avisando-os acerca da dissociação entre os fatos e idéias. A não-correspondência numérica e temporal entre a retração da parcela privado-contratada e a expansão da feição filantrópica do componente privado-público com o crescimento do contingente de clientes de planos e seguros privados de saúde não recomenda a subtração da dimensão política da análise das políticas de saúde. Até porque não foram nem escassas e nem sutis as iniciativas no plano das políticas de saúde que incidiram sobre a reorganização do sistema de saúde brasileiro, em particular sobre a rede de assistência à saúde desde os anos 1980. Porém, o detalhamento e a análise dessas políticas também requereriam uma investigação mais alentada. Por esse motivo os apontamentos seguintes resumem-se à identificação de algumas normas voltadas para a reorientação das relações entre o Estado e o subcomponente privado-público.

A partir dos anos 1980, no contexto do acirramento da anunciada crise financeira e as denúncias de fraude dos serviços de saúde da Previdência Social à intervenção estatal, que antes havia sido decisiva para imprimir uma acelerada privatização do sistema de saúde brasileiro, assume formalmente a direção do fortalecimento do segmento público e filantrópico. Como assinalam Jaime Antonio de Araújo Oliveira & Sonia Fleury Teixeira (1989: 293-195) e Hésio Cordeiro (1991: 69), as medidas postas em prática de sanear a crise da Previdência Social do final dos anos 1970, calcadas na racionalização da assistência médico-hospitalar, voltaram-se contra parte dos prestadores privados. E, diga-se de passagem: os mesmos que foram estimulados por políticas previdenciárias de credenciamento indiscriminado e empréstimos estatais pretéritos. A elevação da temperatura dos conflitos pelas reiteradas denúncias de fraudes, especialmente dos denominados 'baús' (atendimentos de urgências ambulatoriais) e inconformidade dos hospitais privados às medidas de controle (informatização) da produção de atividades determinaram o anúncio do deslocamento das políticas previdenciárias estatizantes privatizantes. Os traços adicionais do novo arranjo público-privado delinearam-se pela perspectiva de investimento na rede pública e manifestações de entidades filantrópicas, em particular do provedor da Beneficência Portuguesa de São Paulo, Antonio Ermírio de Moraes, contrárias à paralisação dos hospitais privado-públicos (credenciados) (Cordeiro, 1991: 24).

As declarações sobre a mudança de inclinação da Previdência Social foram explicitadas no decreto de instituição do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) de 1981[2] e na Portaria n. 3.046 de 1982. Essa última apresentou, com clareza, a complexa proposta de redesenho das relações entre o público e o privado para o sistema de saúde brasileiro. A égide da plena ocupação da capacidade instalada pública traduziu-se na opção pela arquitetura público-filantrópica. Para reverter o modelo privatizante, substituiu-se, em 1982, o ministro Jair de Oliveira Soares[3] – cujo perfil político e acusações de envolvimento com as fraudes não se coadunavam com a implementação de medidas de controle

---

2 O Conasp foi instituído pelo Decreto n. 86.329, de 2 de setembro de 1981, de autoria da Presidência da República. O artigo 4º, inciso IV, que diz respeito às atividades do Conasp propõe a "descentralização de atividades e adequada participação dos setores públicos e privados".

3 Ministro da Previdência de 15/03/1979 a 07/05/1982, durante o governo de João Figueiredo, governador do Rio Grande do Sul eleito pelo PDS em 1982.

4 Funcionário público, foi secretário do Interior e Planejamento (1960-1965) no governo de Carlos Lacerda, no então estado da Guanabara, e encarregado da reforma administrativa no

dos gastos – por Hélio Beltrão,[4] portador de uma biografia marcada pela austeridade. E para viabilizar a priorização dos prestadores públicos, propugnou-se a utilização de parâmetros assistenciais populacionais com o intuito de impedir o credenciamento indiscriminado de serviços privados e a determinação de ocupar a capacidade instalada existente de serviços públicos (incluindo os serviços próprios da Previdência Social, outras instituições de saúde federais, estaduais e municipais) e mediante a convocação dos hospitais universitários e entidades filantrópicas para compor redes regionalizadas de saúde.

Cumpre esclarecer que a proposta de mobilização dos serviços públicos estaduais e municipais, entidades filantrópicas e hospitais universitários, que naquele momento experimentavam dificuldades distintas de inserção no sistema de saúde, atendiam às expectativas de modernização não apenas da oferta de serviços de saúde, mas também das relações intergovernamentais. Assim, as estratégias de recomposição da rede de assistência médico-hospitalar da Previdência Social procuravam responder tanto às demandas de descentralização política, administrativa e financeira, quanto ao intenso processo de sucateamento das Santas Casas (sobretudo as do interior) e necessidade de construção, ampliação das instalações e garantia de aportes financeiros sistemáticos para os hospitais universitários.

Desde então, essas três diretrizes, ao lado da racionalização dos credenciamentos com prestadores privados, passaram a integrar o repertório permanente de reorganização do sistema de saúde brasileiro. Sob o enfoque estrito do acompanhamento da recomposição das relações entre o público e o privado importa realçar um conjunto de normas legais e posicionamentos de agentes envolvidos com as mudanças que contribuem para sintetizar, em diferentes conjunturas, as traduções operacionais e as marchas e contramarchas da implementação das estratégias da Previdência Social e posteriormente do Ministério da Saúde de priorização do público.

No início dos anos 1980, em meio a mudanças nos processos gerenciais de articulação entre órgãos públicos, pretendeu-se não apenas aprimorar o desempenho da rede assistencial pública por meio da transferência de recursos financeiros para estados e municípios, como também se estabeleceu o índice de valorização hospitalar para os hospitais universitários e, em alguns estados, instituiu-se a remuneração dos serviços produzidos pelas entidades filantrópicas, rompendo com os

---

primeiro governo militar (1964-1967), e do presidente Castello Branco, e ministro do Planejamento (1967-1969) do general Costa e Silva. No governo de João Figueiredo (1979-1985), foi ministro da Desburocratização (1979-1983) e da Previdência (1982-1983). Presidiu a Petrobrás (1985-1986) no governo José Sarney.

aportes de recursos da Previdência Social mediante subsídios fixos definidos pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural)[5] na década de 1970.

Na Nova República,[6] intensificaram-se os esforços para privilegiar os serviços públicos. As propostas e reativação de instalações ambulatoriais e hospitalares públicas e de criação de terceiros-turnos e serviços de urgência 24 horas, reforço orçamentário e reajustes condignos da co-participação financeira da Previdência Social na manutenção e expansão do custeio dos serviços públicos federais, estaduais e municipais e os investimentos na estruturação de uma nova base de relação com os prestadores privados compuseram o núcleo estratégico de atuação dos sanitaristas que ocuparam cargos de direção no Inamps.

As concepções sobre as relações públicas com o 'setor privado' dos apoiadores da 'estatização progressiva', aprovada na 8ª CNS em contraposição à proposta de 'estatização imediata' apoiaram-se no pressuposto da viabilidade de rever a natureza dos contratos com os prestadores privados transformando-os em 'concessão'. A acepção de que a "a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público 'concedido' e o contrato regido sob as normas do Direito Público" orientou o debate sobre a inserção da saúde no texto constitucional e os primeiros passos da política setorial em direção ao reordenamento das relações entre o público e o privado (8ª CNS, 1986, grifos meus).

No entanto, as intenções de mudar as bases jurídico-legais dos contratos público-privados não se operacionalizam na esfera institucional-administrativa e tampouco se traduziram integralmente no texto da Constituição de 1988. O depoimento de Cordeiro evidencia que em 1986, os hospitais privados lucrativos se recusaram a aderir ao "contrato-padrão"[7] e as entidades filantrópicas negaram a alternativa, apresentada desde a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) de identificá-las com a rede pública (Cordeiro, 1991: 106-107). E, de acordo com o testemunho de Eleutério Rodriguez Neto, as pressões das representantes dos empresários da saúde, que não disputaram suas posições na 8ª CNS, mas influenciaram

---

5 Ver Decreto n. 73.617 de 12 de fevereiro de 1974, no Anexo 2.

6 Denominação do período delimitado pela eleição, no Colégio Eleitoral, em 2005, do candidato ao cargo de Presidente da República por Tancredo Neves, que foi apoiado pelo PMDB e pelo Partido da Frente Liberal (PFL) – este último criado a partir das discordâncias de integrantes do Partido Democrático como Marcos Maciel, José Sarney e Aureliano Chaves, com a candidatura de Paulo Maluf. A aliança PMDB-PFL – a Aliança Democrática – expressou-se na indicação de José Sarney como candidato a vice-presidente.

7 Portaria n. 3893, de 11 de dezembro de 1986, do Ministério da Previdência Social.

o processo de debate e redação do capítulo da saúde, resultaram numa solução negociada do artigo 199[8] da Constituição de 1988. As propostas derivadas da 8ª CNS propugnavam que todas as ações e serviços de saúde integrariam o SUS, que as ações e os serviços de saúde são de natureza pública e que compete ao poder público a regulamentação, a execução e o controle das ações de saúde e que os serviços prestados poderiam participar (Rodriguez Neto, 2003: 99-103).

Esses embates, travados num contexto de significativas mudanças nas relações entre o Ministério da Saúde e Inamps, destes com as secretarias de saúde estaduais e municipais e tensões em torno das propostas de privatização, via seguro básico obrigatório,[9] geraram resultados contraditórios. Por um lado, a oferta e a produção de serviços públicos e filantrópicos se ampliaram e a dos privados contratados foi reduzida. Por outro lado, a inviabilização da mudança da natureza dos contratos com os hospitais contratados com entidades filantrópicas e ainda com os hospitais universitários reatualizou o padrão de compra de serviços e procedimentos que se pretendia superar. Com isso, a face de modernização assumida pelas entidades filantrópicas e dos hospitais universitários – a de vendedores de serviços – para ingressar definitivamente na rede SUS assemelhou-os aos hospitais privados contratados.

A remontagem das articulações entre o público e o privado não apenas deslocou os mecanismos instituídos durante o regime militar de intermediação de interesses, mas também propiciou o fortalecimento das entidades de representação das

---

8 Os setores conservadores organizaram-se em torno do 'Centrão' (parlamentares e entidades representantes das entidades patronais e determinados setores governamentais). Na saúde, a bandeira empunhada pelos empresários, entre outros a Federação Brasileira de Hospitais, Federação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, Unimed, ou seja, a do combate à estatização, foi acolhida por parlamentares do Centrão, liderados pelo deputado federal Reinhold Stephanes do Partido Democrático Social (PDS) – atualmente está licenciado do cargo de deputado pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) – para ocupar a pasta de Ministro da Agricultura. Segundo o Art. 199, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. "§ 1º – As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º – É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º – É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei."

9 Em 1993 os empresários da saúde elaboraram uma emenda aditiva ao Projeto de Lei de Extinção do Inamps (Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993): o plano básico de assistência médica. A proposta de introdução no sistema de saúde brasileiro o seguro privado obrigatório para os contribuintes da Previdência Social e seus dependentes voltava à agenda dos debates por conta das mudanças no texto constitucional referentes à Previdência Social.

secretarias de saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde/Conass e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/Conasems). Assim, a extensão das arenas de negociação das demandas particulares e do detalhamento das políticas de saúde nas instâncias do Executivo para as do Legislativo projetou lideranças como as entidades de representação dos secretários de saúde e deslocou os *lobbies* dos empresários da saúde 'de dentro' das instituições do Poder Executivo para o Congresso Nacional.

Durante a década de 1990, na esteira dos convênios do Ministério da Saúde com os municípios e estados e dilemas do subfinanciamento, acentuou-se a retração da participação dos prestadores privados contratados na rede SUS. A instituição de parâmetros para o repasse de recursos do Ministério da Saúde para estados mediante a definição dos tetos financeiros, balizados pela oferta existente e restrição dos limites quantitativos de internações hospitalares,[10] na vigência dos critérios de priorização dos prestadores públicos e filantrópicos, redefiniu, na esfera nacional, a magnitude do componente privado na rede SUS. Os efeitos do contingenciamento de recursos financeiros federais, enrijecimento dos critérios para os repasses e, segundo Carvalho (1993), a equiparação do *status* das secretarias de saúde, por normas governamentais, a dos produtores de serviços, influenciaram a replicação das relações de compra e venda de serviços na esfera municipal.

Entre as conseqüências das mudanças nas regras do jogo das relações entre o público e o privado situam-se a descentralização e submissão aos conselhos de saúde de parte das negociações para manutenção e inclusão de prestadores privados de saúde nas redes locais. A ampliação das responsabilidades assistenciais e jurisdição de estados e, principalmente, dos municípios para reorganizar suas redes de saúde, trazendo consigo uma parcela das pressões dos empresários da saúde para os níveis subnacionais e, resultou no estabelecimentos de tramas muito complexas de relações público-privadas localizadas (Campos, 2006).

As relações público-privadas locais – estabelecidas em torno de negociações envolvendo desde a manutenção e inclusão de empresas privadas de saúde na rede SUS, concessão de autorização para instalação e funcionamento, passando pela opção por enquadramentos tributários até a anuência com o pagamento de valores de remuneração de procedimentos acima da tabela do Ministério da Saúde – ensejaram, por sua vez, uma reorganização empresarial, cujo dinamismo e expressão político-partidária ultrapassaram fronteiras geográficas e administrativas.

---

10 Portaria MS/SAS n. 15 de 3 de março de 1995 e Portaria n. 74 de 24 de julho de 1995.

Da parte do Ministério da Saúde, os reajustes diferenciados de procedimentos de sua tabela, quer aqueles balizados por critérios clínicos e epidemiológicos, quer os obtidos em função das diferenças das bases técnicas e assimetria do poder entre especialidades médicas, também confluíram para reforçar um processo endógeno e fragmentado de alocação de recursos. A sinergia entre a pulverização de uma parcela das relações entre o público e prestadores privados de serviços da rede SUS com as formas heterodoxas de contratação de pessoal, fundações privadas adotadas por estabelecimentos públicos, e contratação de consultores e consultorias nutriu uma disseminada adesão às várias versões do empreendedorismo no sistema de saúde público.

Sob a atmosfera carregada de negociações de tetos financeiros, formas, fluxos e valores de repasses pelos secretários de saúde, e credenciamentos seletivos e reajustes globais e específicos da tabela de procedimento do Ministério da Saúde, as empresas privadas integrantes da rede SUS tornaram-se demandantes e objeto de políticas públicas específicas. Em nome da "garantia e ampliação da capacidade de atendimento do SUS" promulgaram-se normas, além das incidentes sobre as alíquotas de contribuições sociais e tributos, que serão melhor descritas no Anexo, aquelas destinadas à redução e parcelamento de débitos para hospitais privados integrantes da rede SUS e concessão de créditos.

Em 1993, os hospitais contratados com o Inamps[11] foram contemplados com a Lei n. 8.620,[12] fundamentada na discriminação positiva das dívidas de hospitais privados integrantes da rede universal de atenção à saúde. Para os hospitais filantrópicos as políticas públicas abrangeram três modalidades de apoio: 1) a flexibilização dos percentuais obrigatórios de ocupação dos leitos para o atendimento universal, a qual condiciona a concessão do certificado de filantropia;[13] 2) a abertura de linhas de crédito; 3) e o aporte adicional de recursos para o financiamento dos débitos com o governo e fornecedores. A primeira modalidade gerou a iniciativa do Ministério da Saúde de implementar uma política de diferenciação de determinados hospitais, fundamentalmente aqueles voltados para o atendimento das clientelas de planos e seguros privados de saúde que pleitearam o *status* de filantrópicos

11 A Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, extinguiu o Inamps.

12 Lei n. 8.620, de 5 de janeiro de 1993, Art. 5º (ver Débitos Hospitais Privados 1993, Anexo 2).

13 A Lei n. 8742 de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social) e a Medida Provisória n. 2.187-13, de 2001 Art. 4º (ver Concessão do Certificado de Beneficência e Participação na Rede SUS, Anexo 2).

por meio da criação da categoria 'hospitais estratégicos' em 2002.[14] Em 2006, diante das denúncias de desvio das diretrizes de atendimento universal dos hospitais filantrópicos previstas pela Lei Orgânica da Assistência Social, o Decreto n. 5.895, de 2006,[15] redefine de maneira radical a natureza da filantropia na saúde e subverte as regras de subordinação público-privadas. Este preceito legal não apenas admite hospitais categorizados como os melhores do setor privado como objeto de proteção fiscal, como também os credencia e incentiva a liderar pesquisas e programas de capacitação e gestão "de interesse público".

A segunda linha de apoio aos filantrópicos envolveu a criação do Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas e Hospitais Estratégicos Integrantes do SUS. A abertura do Programa pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES),[16] cujo montante – cerca de R$ 810 milhões (entre 1999 e 2007) – destinou-se, fundamentalmente, à reestruturação financeira de hospitais filantrópicos (saneamento das dívidas com os fornecedores).

E a terceira e mais recente forma de suporte público aos hospitais filantrópicos consistiu na criação de uma fonte permanente de recursos para atender os problemas das dívidas dos estabelecimentos de saúde com o governo (Receita Previdenciária, Receita Federal e Fundo de Garantia) estimados em cerca de R$ 6,6 bilhões

---

14 Decreto n. 4.481, de 2002, reduz o percentual de atividades destinadas ao atendimento universal. Art. 2º (ver Concessão do Certificado de Beneficência e Participação na Rede SUS, Anexo 2).

15 Decreto n. 5.895, de 2006, nova redação ao Art. 3º do Decreto n. 2.536, de 6 de abril de 1998, que dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social a que se refere o inciso IV do Art. 18 da Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (ver Concessão do Certificado de Beneficência e Participação na Rede SUS, Anexo 2).

16 Os programas do BNDES complementam as linhas de apoio financeiro não específicas e, portanto, caracterizam-se pela transitoriedade. Os programas em geral possuem dotação de recursos e/ou prazo de vigência. Hoje, o BNDES mantém três programas diretamente relacionados com a saúde. Na área industrial, o Profarma, que objetiva financiar os investimentos de empresas sediadas no Brasil, inseridas no Complexo Industrial da Saúde, através dos subprogramas: Profarma-Produção, Profarma-Exportação, Profarma-Inovação, Profarma-Reestruturação e Profarma-Produtores Públicos e o Programa Finame de Modernização da Indústria Nacional e dos Serviços de Saúde (Finame-Modermaq), que objetiva financiar a aquisição de máquinas e equipamentos novos, de fabricação nacional, credenciados no BNDES, com vistas à dinamização do setor de bens de capital e à modernização geral da indústria e do setor Saúde. O programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas e Hospitais Estratégicos Integrantes do SUS pertence a área social. Para maiores detalhes e aprofundamento a respeito da inserção dos programas do BNDES no sistema de saúde brasileiro ver Viana e Elias (2007).

em 2006: a Timemania.[17] Os recursos da nova loteria serão endereçados, prioritariamente, para o pagamento dos débitos dos hospitais filantrópicos e times de futebol. Os hospitais filantrópicos receberão 3% da arrecadação da Timemania, a princípio destinados ao Fundo Nacional de Saúde, que os redistribuirá exclusivamente para hospitais filantrópicos.

Outro programa governamental para os hospitais filantrópicos, o Caixa Hospitais,[18] criado em 1998, consubstanciou-se numa linha de crédito "destinada a santas casas e hospitais privados filantrópicos, *que recebem recursos do Sistema Único de Saúde/SUS pelos serviços ambulatoriais e de internações hospitalares prestados gratuitamente à população*". O Caixa Hospitais estimulou a formação de um circuito mais amplo, no qual as relações entre o público e o privado (hospitais filantrópicos e secretarias de saúde) confluem para o sistema financeiro. O programa baseado na fórmula de utilizar o futuro faturamento dos hospitais a serem apresentados ao Ministério da Saúde como garantia ("recebíveis de faturamento") estabeleceu um fluxo financeiro, afiançado pelas secretarias de saúde e lastreado nos recursos pelo Ministério da Saúde, o que impulsionou a carteira de créditos a pessoas jurídicas dos bancos,[19] a um risco praticamente zero.

Em contrapartida, no início do século XXI foram instituídas, pelo Ministério da Saúde, um conjunto de políticas públicas que reforçam o caráter público das empresas que integram sua rede e aprimoram as relações conveniais, por meio de mecanismos que confiram estabilidade aos processos de regionalização e descentralização, descontaminando-os das ingerências político-partidárias. Entre as mais recentes situam-se a contratualização de hospitais de pequeno porte[20] e

17 Lei n. 11.345, de 2006, e Decreto n. 6.187, de 2007 (ver Fontes Adicionais de Recursos e Concessão de Créditos para as Santas Casas de Misericórdias, Anexo 2).

18 Ver Fontes Adicionais de Recursos e Concessão de Créditos para as Santas Casas de Misericórdias, Anexo 2.

19 Em 2007, a Caixa Econômica realizou 398 empréstimos a instituições do setor, que movimentaram R$ 551 milhões. A linha de crédito contribuiu para impulsionar o crescimento da carteira de crédito da Caixa Econômica à pessoa jurídica, que somou R$ 18,4 bilhões até setembro de 2007 (aumento de 9,5% em relação a 2006). Atualmente, além da Caixa e BicBanco, cerca de vinte instituições financeiras oferecem o empréstimo, tais como o Banco do Brasil, o Banco Industrial e o Banco Mercantil do Brasil. Nossa Caixa e Banrisul possuem programas semelhantes, mas circunscritos aos estados em que atuam. Em todos os casos, a operação só é aprovada mediante anuência das secretarias municipais e estaduais de saúde (Portal Brokers, 2008).

20 Portaria n. 1.044/GM, de 2004. Instituiu a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Refere-se a hospitais com cinco a 30 leitos, situados em municípios ou microrregiões com até trinta mil habitantes e cobertura do PSF igual ou superior a 70%.

universitários,[21] que prevê incentivo para aqueles que destinaram a totalidade de sua capacidade instalada para o atendimento universal, filantrópicos[22] e o Pacto de Gestão. Essas iniciativas fundamentadas no reconhecimento da necessidade de estabelecer incentivos institucionais e formas de repasses financeiros adequados à recomposição das relações entre o público e privado, e embaladas, entre outras iniciativas, pela extensão do reajuste dos valores de procedimentos de estabelecimentos públicos[23] de aumento de tetos e incentivos para programas como PSF, e implantação de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) convergiram para a formulação de bases mais compatíveis com a implementação da regionalização e descentralização: o Pacto de Gestão.[24]

Nem Estatização Já nem Progressiva: apontamentos sobre a situação dos hospitais e clínicas privadas que integram a rede SUS

Tecidas em meio à recessão econômica e ao subfinanciamento da saúde, as contraditórias políticas governamentais que trataram das relações entre o público e o privado não permitiram que o 'principal objetivo' para a construção do SUS, definido na 8ª CNS – "a expansão e o fortalecimento do setor estatal" – fosse integralmente cumprido. Embora, tenha havido "fortalecimento do setor estatal nos níveis federal, estadual e municipal", nem bem os prestadores de serviços passaram a "ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos", nem se tornaram "subordinados ao papel diretivo da ação estatal, garantindo o controle dos usuários por meio de seus

---

21 Portaria n. 2.352/GM, de 2004, regulamenta o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS previstos no Art. 4º da Portaria Interministerial n. 1.006/MEC/MS, de 2004. Estabelece critérios de natureza orçamentária para a maior parcela dos repasses do Ministério da Saúde para as despesas de custeio dos hospitais universitários do Ministério da Educação.

22 Portaria n. 1.721/GM, de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.

23 Por exemplo, em 2002, a Portaria GM/MS n. 1.188 de 2002 autorizou o reajuste das consultas privadas apenas para os estabelecimentos privados e a Portaria GM/MS n. 654, de 2003, estendeu para os hospitais públicos.

24 O Pacto estabelece prioridades, metas e compromissos para cada ente da federação. As transferências dos recursos federais para estados e municípios são divididas em apenas cinco grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), substituindo as mais de cem 'caixinhas' que antes eram utilizadas para essa finalidade.

segmentos organizados" e muito menos foi considerada a "possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público".

As óbvias distâncias entre as proposições da 8ª CNS e o teor e intencionalidade de políticas públicas governamentais, com assinaturas institucionais de diferentes coalizões partidárias em distintas conjunturas, trazem de volta uma velha pergunta, que no calor das vibrantes e praticamente unânimes declarações de apoio ao SUS, tem ficado de lado: os propositores das bases conceituais e operacionais estavam falando sério? Ou não passavam de um bando de defensores de um projeto irrealista, inadequado à realidade brasileira? É claro que a melhor resposta é a sua reformulação, torná-la mais específica às condições adversas à implementação do SUS. Mas para o exame das relações entre o público e o privado, a pergunta tal como formulada é incontornável e se desdobra em: Por que não transformamos os contratos das empresas privadas que integram a rede SUS em contratos de direito público? Por que, passados vinte anos da promulgação da Constituição de 1988, os 'serviços privados' não foram 'estatizados'. Essas não são perguntas retóricas, têm endereços certos e precisam alcançar seus destinatários, que são nada mais nada menos que os inúmeros e entusiasmados defensores do SUS, porque suscitarão um esclarecimento prévio a respeito do tema: de que SUS estamos falando?

Estamos diante de um SUS polissêmico. Mas o cotidiano assistencial dos serviços de saúde parece ter encontrado uma trilha para superar as dificuldades de conceituação envolvidas com o SUS. Algumas expressões de uso comum entre administradores e profissionais da saúde explicitam traduções operacionais do SUS, que o designam como serviços de saúde ambulatoriais públicos ou como fonte dos recursos provenientes do Ministério da Saúde. Costuma-se dizer, especialmente nos hospitais públicos de maior porte, incluindo os universitários, que o "paciente veio do SUS" e "é paciente do SUS". A primeira expressão informa que os pacientes foram referenciados por postos ou centros de saúde; a segunda refere-se ao fato de o paciente não possuir cobertura de plano ou seguro privado de saúde. No segundo agrupamento, o referente é a fonte dos recursos financeiros, as expressões "ninguém paga a tabela do SUS" ou "quem paga é o convênio com o SUS" reduzem o SUS a um mero comprador de serviços. O fato de esses jargões incluírem-se no dialeto dos 'operadores' – "quem está na ponta, com a mão na massa", não colidir com os discursos dos que estão 'acima', quer como gestores de secretarias de saúde, quer como estudiosos do SUS, e de suas interpretações sobre o SUS como sistema de saúde brasileiro, como o sistema público de saúde – termina por turbinar concepções que pouco iluminam as relações entre o público e o privado.

Daí decorre parte das imensas dificuldades para repor na agenda de debates, os estudos e, especialmente nas arenas políticas, as reflexões sobre as relações entre o público e o privado no SUS. É plausível supor que a penetração das acepções do SUS, como um conjunto de estabelecimentos públicos estatais ou convênio, tenha esvaziado as tensões entre o público e o privado das agendas do Conass, Conasems e Ministério da Saúde. A outra circunstância que legitima a exclusão do tema da pauta das tradicionais instituições que implementam o SUS refere-se ao crescimento do número de clientes de planos e seguros privados de saúde. Combinadas, tais distorções resultam em uma idéia praticamente consensual: o privado está fora do SUS. Tal noção, ao lado dos axiomas relativos aos déficits e/ou suficiências do SUS, quase sempre referidos aos níveis de atenção, também retiram da reflexão a natureza da propriedade dos serviços de saúde e corrobora o suposto caráter exógeno do privado.

A resignação ou o consentimento passivo dos dirigentes das instituições públicas de saúde com a 'não-estatização' não decorrem da perda de importância dos hospitais privados ou de sua melhor adaptação ou integração à rede SUS. Embora a função de compra e venda de serviços privados e renovação dos contratos tenha sido delegada aos secretários estaduais e municipais de saúde, a descentralização, *per se*, não gerou mudanças estruturais nas relações entre o público e o privado na rede assistencial do SUS. Mas, o deslocamento das negociações com hospitais privados, antes estabelecidas de maneira exclusivamente centralizada, para estados e municípios, gerou e dinamiza uma miríade de articulações técnicas e políticas locais.

Como principais beneficiários das políticas de 'desprivatização' pré e pós-SUS os hospitais filantrópicos, e em certa medida os universitários, reinseriram-se, preservando sua autonomia, expressa na seleção de clientes adequados à oferta de procedimentos mais caros. A modernização e o protagonismo dos hospitais filantrópicos na atenção hospitalar de certas especialidades, os credenciaram a participar tanto dos fóruns de debate sobre o SUS, quanto daqueles dedicados aos planos e seguros privados de saúde.

Esses dois elementos, a renúncia dos dirigentes das instituições públicas de saúde de ativar as diretrizes publicistas de organização do SUS e a ambigüidade, o semblante ora público, ora privado dos hospitais filantrópicos e de alguns hospitais públicos não estavam presentes no período pré-SUS. Portanto, é essencial a compreensão da anatomia da dupla inserção de determinados estabelecimentos de saúde, bem como de suas projeções político-institucionais, para dissecar as

atuais relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. Para tanto, não se trata apenas e mais uma vez de buscar justificativas nas imensas dificuldades para a contratação de pessoal, no subfinanciamento ou ainda na 'atração fatal' exercida pelo privado, em tempos neoliberais, cujas versões subordinam as relações entre público e o privado aos problemas centrais da gestão da rede SUS e o despolitizam.

Sem prestar a devida atenção às atuais políticas públicas de apoio e fortalecimento do privado na rede SUS, continuar-se-á reafirmando os avanços da publicização do sistema de saúde brasileiro e que o mercado abrange apenas os 25% dos clientes de planos e seguros de saúde. Caso contrário, ao seguir as pistas deixadas pelas fortes marcas da lógica de mercado nos hospitais privados da rede SUS e até no modo de funcionamento autárquico de alguns públicos encontraremos subsídios para reequacionar as interrogações sobre as relações entre o público e o privado (Campos, 2008; Canabrava, Andrade & Cherchiglia, 2007). Portanto, o mesmo fio condutor, o exame das políticas públicas de suporte ao mercado, quando utilizado para examinar as empresas de planos e seguros de saúde, contribui para uma descrição mais realista das relações entre o público e o privado.

As Relações entre o Público e o Privado na Conformação e Desenvolvimento do Mercado de Planos e Seguros de Saúde

Já é mais do que sabido, nos meios acadêmicos e também em parte da burocracia estatal e empresarial, que o mercado de planos e seguros de saúde no Brasil foi constituído e é suportado por inúmeros pilares extramercado. No período pré-SUS esse conhecimento integrou explicitamente os discursos e as políticas governamentais. A partir da década de 1990, com a desmontagem das relações entre Previdência Social e Saúde, todos os denominados 'benefícios trabalhistas' foram postos 'para fora' do SUS. Como o 'não SUS' tornou-se na prática um dos sinônimos de 'privado', tornaram-se quase invisíveis os complexos arranjos público-privados subjacentes às relações entre oferta e demanda de planos e seguros privados de saúde.

A durabilidade desse truque de prestidigitação deve-se ao aporte de dois tipos de reforço, relativamente recentes: a elaboração de uma tese sobre a independência (autonomia) do mercado e a natureza da legislação de regulamentação de planos e seguros de saúde. A articulação entre uma 'teoria' da autonomia do mercado e a natureza do processo de debates e da legislação que o regulamenta.

A interpretação do fim do convênio-empresa da Previdência Social como encerramento das relações entre o público e o privado no mercado de planos e seguros de saúde, emprestou um tom sofisticado à tese do divórcio entre a tecnoburocracia estatal e os setores empresariais (empresários do setor produtivo e empresas especializadas na comercialização de planos privados de saúde). Seria como se, após a devolução das alianças (dos "anéis burocráticos"), o privado, no contexto da libertação das forças vivas do mercado, instado a caminhar com as próprias pernas, cresceu. Ou em termos mais prosaicos, que sempre incluem o SUS como elemento explicativo: a demanda ascendente (conformada por setores insatisfeitos com as restrições do SUS) deslanchou as relações 'puras' de compra e venda de planos privados de saúde.

Os evidentes desencaixes entre a idéia da autonomia do mercado e o fato de existir um significativo contingente de segmentos populacionais constituído por trabalhadores do setor privado e setor público vinculados a planos particulares e planos privados de saúde sustentados por políticas públicas prévias e posteriores à implementação do SUS – não foram suficientes para suplantá-la. No final dos anos 1990, as poucas e esparsas reflexões contrárias às certezas sobre a natureza do mercado de planos privados de saúde, não detiveram o processo de coagulação de um ideário irrealista a respeito de sua gênese e dinâmica de funcionamento.

Sem considerar a incômoda realidade – o predomínio das relações extramercado entranhada desde há muito na transferência regulada de políticas sociais às empresas empregadoras sobre o recente mercado de planos individuais – a Lei n. 9.656/98 adotou uma conveniente consigna: conferir aos "já livres consumidores" de planos privados de saúde ainda maior liberdade de escolha. Ao tomar a parte do mercado, o de planos individuais, como o todo, e homogeneizar empresas estatais, hospitais filantrópicos, seguradoras, medicinas de grupo e cooperativas médicas, a legislação passou longe das principais relações entre o público e o privado. Pouco depois, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) trouxe consigo o acoplamento dos discursos de idealização do mercado a um aparato tecnocrático bastante infiel aos cânones neoclássicos.

Assim, o ocultamento de recorrências entre o passado e o presente não apenas distorce a apreensão sobre a situação atual, mas também enviesa as projeções do futuro. Portanto, quem pretende examinar as relações contemporâneas entre o público e privado no mercado de planos e seguros de saúde depara-se com consideráveis desafios. O primeiro obstáculo é a sensação de eterno recomeçar. Diante das inexpugnáveis fortalezas que circundam as certezas sobre as bases liberais do

mercado, compete aos que duvidam o ônus da prova, isto é, a relevância e a atualidade do tema. Além disso, é necessário recuar, mas também apreender novos movimentos de transformação para discernir os processos de mudança em curso. Felizmente, parte dessas complexas e exaustivas tarefas já foi cumprida.

O Mercado de Planos Privados de Saúde no Período Pré-SUS

Diferentemente das empresas norte-americanas, que tiveram origem nos serviços prestados por hospitais que serviram como garantia de patrimônio, as empresas brasileiras que iniciaram a comercialização de planos privados de saúde nasceram pequenas e descapitalizadas. De modo geral, o regime de acumulação no início – se é que a expressão se aplica ao caso – poderia ser caracterizado como "da mão para a boca". Uma parcela do financiamento, quase sempre utilizada como *seed money*, ou capital inicial, provinha do aporte dos sócios fundadores médicos, e o resto provinha das contribuições mensais dos associados-clientes (raramente de um sócio capitalista e, quando isso ocorria, era mais em virtude das relações de amizade e confiança do que da busca de boas oportunidades de investimento). O regime de acumulação, como regra, baseou-se, de início, no autofinanciamento. Ou seja, um esquema de financiamento bastante precário e primitivo (Salm, 2005).

Entre nós, ao contrário do que ocorreu nos Estados Unidos, as primeiras empresas de planos de saúde não imobilizaram capitais em hospitais ou laboratórios. Mas, a precariedade das bases capitalistas dos pioneiros do empresariado privado de planos não os impediu de buscar seus nichos de mercado nas empresas mais modernas da época em que se lançaram, ao longo dos anos 1950 e 60. A compreensão desse traço é imprescindível à compreensão da condição de relativa autonomia dos hospitais e demais estabelecimentos de saúde que integraram a rede credenciada das empresas de planos e seguros de saúde.

No nascedouro, a atividade surge à margem do planejamento governamental, mas bastante integrada à rápida expansão da economia e aos desígnios das empresas empregadoras como *locci* de operação dos benefícios previdenciários. As condições favoráveis à expansão das empresas especializadas na comercialização de planos privados de saúde relacionaram-se com o crescimento econômico.[25]

---

25 Estávamos atravessando as décadas gloriosas, quando praticamente tudo o que era ofertado encontrava compradores. O Brasil havia transitado da substituição 'fácil' de importações para a implantação da indústria pesada – consumo durável e bens de capital – bem como para a cons-

É interessante assinalar que, enquanto a origem e expansão das empresas de planos de saúde norte-americanas decorreram em grande medida da depressão dos anos 1930, aqui elas emergem como fruto do desenvolvimento industrial.

A unificação em 1966 no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) dos Institutos de Previdência Social, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados por categorias de trabalhadores e suas conseqüências em termos de expansão e padronização de coberturas, impulsionou os convênios-empresa e, por conseqüência as empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e a organização de esquemas assistenciais próprios de determinadas instituições/empresas empregadoras. E foi nesse contexto que o próprio governo convocou empresários para assessorá-lo na formulação da política e legislação que regulou os convênios da Previdência Social com empresas. Convênios, com claras funções de linha auxiliar da prestação dos serviços médicos, traduzidos em expedientes patronais para reduzir o custo da mão-de-obra, ao diminuir o tempo de não-trabalho devido a problemas de saúde.

Às empresas era permitido descontar das contribuições previdenciárias a parcela das alíquotas destinadas às empresas de planos de saúde, o que, segundo os empresários, não cobria a totalidade dos custos. As contribuições eram vinculadas, primeiro à folha de pagamentos e depois ao salário mínimo. Esse esquema de financiamento baseado nos subsídios diretos à demanda foi complementado e mais tarde substituído pelas deduções fiscais.[26]

As estimativas acerca do número de pessoas cobertas por planos de saúde privados e particulares e dos recursos financeiros públicos e privados envolvidos com a atividade são muito imprecisas. Em 1980 havia cerca 7,5 milhões de clientes de planos de saúde abrangidos pelos convênios-empresa com a Previdência Social (Abramge, 1980 *apud* Cordeiro, 1984: 92). Todavia, esse cálculo não inclui nem

---

trução da infra-estrutura e a produção dos serviços funcionais à configuração de uma moderna economia urbano-industrial. Qualquer modelo de Plano pré-pago exige um número mínimo de associados, sem o que o risco financeiro torna-se demasiado elevado. Daí que naturalmente as empresas de planos de saúde tendam a surgir em cidades com grandes empresas, privadas ou estatais. Este mercado empresarial, que constitui até hoje a maior fonte de receita das empresas de planos e seguros de saúde, vai se consolidar nas décadas de 1950 a 1970 (Salm, 2005).

26 Convém abrir um parêntese para apontar as lacunas sobre a incipiência dos conhecimentos na área da saúde coletiva da legislação tributária relacionada com o setor Saúde. Recentemente, no âmbito do projeto CNPq 401211/2005-3, foi realizado um levantamento de normas específicas concernentes à isenção e dedução fiscal envolvendo as atividades assistenciais (Bahia *et al.*, 2008). Resta ainda, e não é pouco, estudar as correspondências e singularidades dessa legislação com o profundo reordenamento da estrutura fiscal do país a partir do Decreto-Lei n. 200, de 1966.

os planos empresariais contratados diretamente às empresas especializadas na comercialização de planos de saúde, nem os esquemas assistenciais próprios de empresas estatais e privadas, nem aqueles destinados aos servidores civis e militares oriundos de instituições públicas.

Considerando-se que em 1980 a população brasileira contava com cerca de 119 milhões de pessoas, parece razoável admitir que cerca de 10% dos brasileiros contavam com a cobertura de esquemas institucionalizados privados/particulares de assistência à saúde. Em 1981, o valor do pagamento *per capita* para os convênios com empresas (Cr$ 331,71) equivaleria a R$ 21,83 em 2008 (Inamps em Dados, 1981, valores corrigidos pelo IPC-A). Essa contabilidade parcial, mesmo sem levar em conta as deduções fiscais já vigentes à época e os gastos diretos das empresas empregadoras, sinaliza que o aporte dos gastos públicos às empresas de planos privados de saúde, num contexto marcado pela relativamente menor densidade de recursos assistenciais, era bastante significativo. Além dos convênios-empresa, outras políticas públicas de apoio à formação de demandas tais como as deduções fiscais[27] combinadas com investimentos dos orçamentos públicos com esquemas assistenciais privados também potencializaram as atividades das empresas de planos de saúde e empresas de assistência à saúde.

A Lei n. 4.506/64 traduziu operacionalmente as diretrizes do regime militar de implementar um sistema tributário compatível com um padrão de desenvolvimento econômico e social sustentado por incentivos a determinados setores produtivos e estender a abrangência das bases de arrecadação. Essa norma legal contém dois artigos direcionados a apoiar a vinculação das empresas empregadoras e dos empregados a planos privados de saúde. O artigo 17 isenta do rol de rendimentos tributados dos empregadores: as indenizações por acidente no trabalho; os prêmios de seguro de vida em grupo pagos pelo empregador em benefício dos seus empregados; os serviços médicos hospitalares e dentários mantidos ou pagos pelo empregador em benefício dos seus empregados. Enquanto o artigo 18 da mesma lei refere-se às deduções do trabalho assalariado com contribuições para institutos e caixas de aposentadoria e pensões, ou para outros fundos de beneficência.

Além de inaugurar políticas estruturadas de incentivo à demanda, o período pré-SUS também foi marcado pelo pioneirismo das políticas governamentais de apoio à oferta privada de estabelecimentos de saúde. O Fundo de Apoio ao

---

27 Lei n. 154, de 1947; Lei n. 4.506, de 1964, Art 9º e Art 10º (ver Deduções Fiscais para a Demanda de Serviços, Planos e Seguros Privados de Saúde, Anexo 2).

Desenvolvimento Social (FAS), composto de linhas de crédito para obras na área social, como hospitais, foi criado durante o governo Geisel. Os recursos do FAS, que alavancaram reformas e construções de estabelecimentos hospitalares privados, inclusive os vinculados a empresas privadas de planos privados de saúde, provinham principalmente da Caixa Econômica Federal (CEF), com taxas de juros subsidiadas por aportes do orçamento da União.

A concentração das críticas à natureza e intensidade das políticas públicas de apoio às empresas privadas de comercialização de planos de saúde e estabelecimentos de saúde em torno dos convênios-empresa e do FAS pelos estudiosos da saúde coletiva, deixou pouco espaço às avaliações dos efeitos isolados ou combinados das outras políticas governamentais de apoio à privatização da assistência à saúde. Talvez, a ênfase das pesquisas nas políticas previdenciárias e naquelas diretamente direcionadas aos hospitais privados tenha ofuscado a visualização da emissão do conjunto das políticas públicas, incidentes sobre a saúde, pela área econômica. Assim, a retração dos dois carros-chefes das políticas de privatização da assistência à saúde do regime militar, os convênios-empresa no início dos anos 1980[28] e o FAS pode ter sido tomada equivocadamente como uma separação radical entre o público e privado no mercado de planos de saúde.

O fato de as clientelas de planos e seguros de saúde terem se ampliado, mesmo após a segunda metade dos anos 1970 – quando as crises do petróleo, a opção de reagir a elas por meio da 'fuga para a frente' e a elevação brutal dos juros americanos, desembocam na crise da dívida do início dos anos 1980, puseram fim à expansão continuada da economia brasileira – sugere a relevância das políticas públicas de subsídios indiretos, gastos com planos para empregados de empresas estatais e servidores públicos civis e militares.

Em 1987 foram registrados quase 21,6 milhões de clientes apenas de planos privados de saúde de empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e autogestões (13, 3,5 e 5,1 milhões, respectivamente), quase o triplo daquele estimado em 1981 (incluindo apenas as medicinas de grupo e cooperativas médicas) (Bahia, 1999). Essa significativa expansão do mercado de planos de saúde nos anos 1980, em números absolutos e relativos, uma vez que o mesmo raciocínio de inclusão de planos não comercializados por essas modalidades empresariais, tais como os

28 O convênio-empresa enfrentou oposições de técnicos e da Associação Médica Brasileira (AMB), que em seu empenho por manter a tradição da natureza liberal da profissão médica, estigmatizava-o como uma forma de 'mercantilização' da saúde (Cf. Cordeiro, 1984).

de servidores públicos estaduais, deva ser aplicado, não mereceu destaque na literatura e nos documentos técnicos da área da saúde coletiva. Àquela altura, o não-comparecimento dos empresários privados à 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e o relativo isolamento das teses privatizantes em contraste com o alinhamento de associações de moradores, entidades médicas, centrais sindicais de trabalhadores, parlamentares, em defesa das diretrizes da Reforma Sanitária, indicava a viabilidade de rupturas nos padrões de relações entre o público e o privado.

Paralelamente, em 1987, o Decreto-Lei n. 2.396[29] incluiu a possibilidade de abatimento a "entidades que assegurem direitos de atendimentos ou ressarcimento de despesas de natureza médica, odontológica e hospitalar e redefiniu os limites máximos para as deduções de despesas com saúde e manteve o teto para deduções de até 5% da renda bruta. Em 1988, a Lei n. 7.713[30] dedicou-se a detalhar os limites para os abatimentos com despesas de saúde (inclusive planos privados de saúde); preservou a fixação de um limite, mas facultou que o mesmo pudesse ultrapassar o teto definido para as deduções.

Contudo, nos debates sobre o texto constitucional, pareceu confirmar-se o diagnóstico de perda de parte do poder político das empresas de planos de saúde, respaldado pelas críticas de médicos, relatos do descontentamento de dirigentes sindicais com o atendimento por elas prestado e perfilamento de parte da burocracia a favor do fortalecimento dos serviços públicos. A aprovação do capítulo da Seguridade Social e Saúde e a consagração da saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a não-inclusão das propostas apresentadas em conjunto pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde (Fenaess) e Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) expressou uma correlação de forças favorável à universalização do direito à saúde. Tanto as reminiscências pessoais, quanto os documentos de cunho oficial disponíveis – sobre o processo de debates, elaboração e definição dos conteúdos sobre a saúde na Constituição de 1988 – elucidam a inequívoca vitória dos 'publicistas'.

Os 'privatistas' insistiram em inserir como princípios do sistema de saúde, o pluralismo dos sistemas médico-assistenciais e a livre opção do indivíduo entre diversos sistemas não lograram desnaturar a centralidade do SUS como a projeção

---

29 Decreto-Lei n. 2.396, de 1987, em seus artigos 7º, 8º e 13º, instituiu abatimentos com os prêmios para seguros de saúde, vida e acidentes pessoais, previdência complementar aberta e fechada (ver Deduções Fiscais para a Demanda de Serviços, Planos e Seguros Privados de Saúde, Anexo 2).

30 Lei n. 7.713, de 1988, Art. 14º.

institucional de garantia do direito à saúde. Mas, com a inserção de alusões à atuação complementar de instituições privadas no SUS e à liberdade de atuação da iniciativa privada na saúde, os privatistas tornaram ambíguo o texto constitucional, no que se refere às relações entre o público e o privado.

O *lobby* dos empresários privados conseguiu descartar a perspectiva de estatização progressiva, inclusive por meio da não-inscrição na Constituição da "natureza pública" das ações e serviços de saúde. A canhestra substituição de uma expressão saturada de significado jurídico pelo termo "relevância pública" não contribuiu para afirmar a precedência do interesse público e dos serviços públicos, na perspectiva da estatização. Por outro lado, para os constituintes, no momento dos debates sobre o teor dos preceitos legais, não havia dúvidas sobre a clareza da Constituição quanto aos impedimentos de destinar recursos públicos para o custeio de ações e serviços não integrados ao SUS (Rodriguez Neto, 2003: 99-103).

Porém, logo depois, os acintosos descumprimentos dos dispositivos constitucionais e legais relacionados com a Seguridade Social e Saúde configuraram *per se* uma agenda de estudos e intervenções políticas. Em meio às lides de construção do SUS, poucos esforços foram dedicados à análise do fenômeno das elevadas taxas de crescimento dos planos privados de saúde na denominada 'década perdida'.

O vigor das empresas de planos de saúde, ainda pouco capitalizadas nos anos 1980, não despertou especial atenção dos estudiosos e técnicos da área da saúde coletiva. Contudo, as benesses advindas da intermediação de um fluxo financeiro entre oferta e demanda por serviços de saúde num contexto de altas taxas de inflação, redução do valor dos salários diretos e ampliação dos benefícios indiretos (entre os quais os planos de saúde) fortaleceram a musculatura das empresas de planos privados de saúde.

Em 1987, pelo menos 15% da população brasileira estavam vinculados a coberturas de planos privados de saúde. Mas ainda é incipiente o conhecimento sobre a origem dessas novas demandas, a magnitude das despesas envolvidas com o financiamento desses planos de saúde e o aporte de recursos públicos para custeá-los. Essa constatação não desautoriza as inferências sobre a preservação do traço empresarial/coletivo das novas clientelas de planos privados de saúde. Embora, nos meados da década de 1980, a comercialização dos planos individuais tenha adquirido mais fôlego, as explicações mais sistêmicas sobre o crescimento do mercado de planos de saúde não serão encontradas nos movimentos isolados dos indivíduos em 'fuga do SUS' e sim, provavelmente nas mudanças nos processos de negociação

salarial. Em tempos de estagnação econômica, redução do número de postos formais de trabalho, decréscimo dos valores diretos dos salários e adesão dos segmentos patronais às previsões de inviabilidade da Constituição de 1988, é ressignificado o valor dos planos privados de saúde. Como integrantes da cesta de benefícios indiretos e não tributáveis dos contratos de trabalho, tornam-se moeda de troca salarial e reintrojetam, aparentemente sem intervenção governamental, a segmentação do sistema de saúde brasileiro, que se pretendia superar.

O Mercado de Planos e Seguros Privados de Saúde no Período Pós-SUS

Os anos 1990, marcados pela democratização e a combinação entre a abertura externa, alta taxa de juros (e sobrevalorização cambial até 1999) e encolhimento dos gastos públicos, conduziram o país à "modernização com regressão produtiva".[31] Nesse período, a conjugação de taxas de crescimento extremamente reduzidas, estímulos ao rentismo com a extensão e aprofundamento de diversas formas de participação da sociedade e retomada das atividades legislativas opuseram os setores contrários à privatização e focalização das ações da Seguridade Social aos defensores dos programas de proteção social baseados na individualização do risco e capitalização dos fundos organizados para financiá-los.

Em meio ao debate para redimir a Previdência do anacronismo do corporativismo, a velha fórmula – definição de um valor *per capita* a ser repassado pelo governo para empresas de planos e seguros privados de saúde – voltou à pauta em grande estilo. Abandonando os surrados e agora até supérfluos argumentos do aumento da produtividade e redução da abstinência do 'trabalhador', pelos subsídios à demanda dos 'indivíduos' com maior renda, acena-se com o ingresso na modernidade. À derrocada da regulação corporativista suceder-se-ia a sociedade de consumidores de planos de saúde livres.

Por essa via, a dos debates sobre a reforma da Previdência Social, e também pela divulgação da negação de coberturas e crescimento dos contratos individuais,

---

31 Refere-se a uma reespecialização produtiva que decorre do desigual crescimento entre setores da economia. E se expressa pela assimetria entre a geração de riqueza de setores produtivos, serviços financeiros *vis-à-vis* a evolução do Produto Interno Bruto, numa economia constrangida em sua capacidade de crescer e induzir o crescimento e a modernização de setores e regiões mais atrasadas.

tornaram-se visíveis os planos privados de saúde. Em 1991, a área de saúde coletiva produziu estudos sobre o mercado de planos e seguros de saúde.[32] Contudo, foi o trabalho que trouxe no título o conceito de "universalização excludente", publicado em 1989 (Favaret & Oliveira) por pesquisadores do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que traçou as coordenadas das tentativas subseqüentes de explicação a respeito do crescimento do mercado de planos e seguros de saúde.

Envolvidos com as reflexões sobre os limites e as possibilidades do SUS, a produção acadêmica não atentou para a recorrência das políticas públicas de privatização em plena vigência da Constituição (como, por exemplo, a Lei n. 8.620, de 1993, já mencionada, que instituiu o parcelamento dos débitos dos hospitais privados e filantrópicos com o ainda não extinto Inamps).

Naquele momento, várias polêmicas a respeito do posicionamento dos trabalhadores e suas entidades de representação (se ativamente a favor ou consentidores passivos dos planos privados de saúde) transpiravam avaliações mais ou menos pessimistas em relação aos destinos do SUS. As dificuldades para a construção de uma base empírica, abrangente e fidedigna, sobre as coberturas dos planos de saúde davam margem a se dizer que, no limite, nada havia mudado com o advento do SUS ou que as vinculações dos trabalhadores à assistência suplementar se não eram voláteis, eram pelo menos transitórias.

O Governo FHC: a criação da ANS 'de costas para o SUS'

Durante os dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), no contexto de plena ascensão das teses de desregulamentação e diminuição da intervenção estatal nas atividades econômicas, os planos privados de saúde foram, desde logo, encarados como emanações naturais, inevitáveis e benéficas do mercado. Parte da literatura da área de saúde coletiva atribuiu a influência do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento à construção desse *ethos*, plasmado pela resignação, admiração e quase agradecimento à capacidade de o

---

32 Duas dissertações de mestrado apresentadas na Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), de autoria de Fátima Andreazzi, intitulada "O Seguro Privado no Brasil" e a de Ligia Bahia, intitulada "Reestratificação das Clientelas na Década de 80: um estudo exploratório do Caso Amil" (1991); e o trabalho de André Medici, publicado pela Organização Pan-americana da Saúde (Opas), intitulado "A Medicina de Grupo no Brasil".

mercado de planos de saúde resistir às desastradas investidas de universalização do SUS. Há controvérsias.[33]

De todo modo, não seria prudente deixar de examinar os fatores endógenos que orientaram a elaboração das políticas públicas de apoio ao mercado de planos e seguros privados de saúde durante os dois mandatos de FHC. Em primeiro lugar, porque foi durante o segundo mandato de FHC que o debate sobre a regulamentação dos planos e seguros de saúde saiu dos gabinetes ministeriais menos prestigiados e dos pequenos espaços das sessões econômicas de jornais da grande imprensa e ganhou *status* de prioridade na agenda governamental. Em segundo, porque a iluminação da arquitetura institucional e da montagem do aparato ideológico-técnico que acompanhou a regulamentação das empresas de planos e seguros de saúde requer a compreensão dos movimentos de interesses e conflitos nacionais em busca de reinserção internacional.

Inclusive, esse enfoque mais panorâmico é essencial à captação dos limites de jurisdição do processo de institucionalização da política pública específica para as empresas de planos e seguros de saúde. Na medida em que os dois governos de FHC deram continuidade e aprofundaram as políticas públicas de subsídios à demanda por planos e seguros de saúde e à oferta de estabelecimentos privados de saúde, o Brasil passou a contar com duas fontes não necessariamente conectadas de emissão de normas legais para regular o mercado.

A desarticulação entre as políticas fiscais, as de incentivo à oferta de serviços privados e àquelas direcionadas à expansão do público, imprimiu um novo padrão à geração da regulação público-privado. Substituiu-se a 'integração' estratificada e subsidiada das políticas para os trabalhadores mais qualificados do regime militar pelos incentivos públicos à 'competição' entre as empresas de planos e seguros de saúde e o SUS. No entanto, a condução das explicações sobre a preservação e crescimento do mercado de planos de saúde, quase sempre alusivas ao problema do subfinanciamento do SUS, terminaram por reconhecer e até louvar a existência de uma alternativa de 'alívio' das despesas públicas.

As manifestações sobre as relações entre o SUS e o mercado de planos de saúde implicaram a reconvocação dos termos 'pagante' e 'não pagante' (nada mais do que uma tradução contábil da díade 'indigente/trabalhador' do período pré-SUS) para dar sentido às modernas 'orações' pela salvação do SUS. E a universalização

---

33 Para maior aprofundamento, cf. Maria Lucia Frizon Rizzotto, 2000; Ruben Mattos, 2001; e Maria Ceci Araújo Misoczky, 2002.

tornou-se uma referência formal no vocabulário de dirigentes do Ministério da Saúde. Segundo o então ministro da Saúde, Adib Jatene, "todos os que podem pagar devem fazê-lo para que se viabilize o atendimento dos que não podem com os poucos recursos que o sistema possui" (*Folha de S.Paulo*, 5/3/1995).

Os apelos pelo estabelecimento de fontes estáveis e adequadas para o SUS e as constatações sobre o crescimento do mercado de planos e seguros de saúde geraram respostas ativas de atualização do aprofundamento da segmentação do sistema de saúde. Em 1995 as despesas com saúde foram contempladas pela legislação do imposto de renda com um estatuto distinto daquelas relacionadas com educação (instrução). As despesas com saúde e entidades de previdência privada passaram a ser objeto de dedução integral e limitadas aquelas referentes aos gastos com educação (Lei n. 9.250. de 1995).[34] As normas sobre os abatimentos dos impostos das empresas previstas no Decreto n. 3.000 de 1999[35] persistiram isentando do cálculo do rendimento bruto os serviços médicos pagos, ressarcidos ou mantidos pelo empregador em benefício de seus empregados. A clara orientação dessa legislação tributária para conferir suporte à securitização privada da saúde e previdência dos trabalhadores formais e dos indivíduos com maior renda difere daquela propugnada pelo regime militar. Antes, a justificativa para a privatização da assistência à saúde, explicitamente assumida como política pública, prendia-se à propulsão do crescimento econômico. Tratava-se de estimular, sob o manto estatal, a produtividade dos trabalhadores de setores estratégicos e a criação de empresas privadas na área da assistência à saúde.

A par das normas destinadas a subsidiar as demandas por planos e seguros de saúde, também foram renovadas e detalhadas as políticas de apoio às empresas privadas de estabelecimentos de saúde. O tratamento fiscal diferenciado e a concessão de créditos subsidiados aos estabelecimentos privados de saúde têm sido objeto permanente de pressão e negociação das entidades de representação dos prestadores privados de serviços de saúde. Em 2004, malogrou a tentativa de aumentar a alíquota da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) para 7,6% para determinados estabelecimentos privados de saúde.[36] Por

---

34 Lei n. 9.250, de 1995, Art. 1º (ver Deduções Fiscais para a Demanda de Serviços, Planos e Seguros Privados de Saúde, Anexo 2).

35 Decreto n. 3.000, de 1999, capítulo II, Art. 39 (ver Deduções Fiscais para a Demanda de Serviços, Planos e Seguros Privados de Saúde, Anexo 2).

36 Lei n. 10.833/03 (Ver Incentivos Fiscais à Oferta, Anexo 2).

forte influência da Frente Parlamentar da Saúde, o governo federal cedeu[37] e as receitas decorrentes de serviços prestados por hospital, pronto-socorro, clínica médica, odontológica, de fisioterapia e de fonoaudiologia, laboratórios de anatomia patológica, citológica ou de análises clínicas, clínicas de diálise, raio X, radiodiagnóstico e radioterapia, quimioterapia e de banco de sangue continuam a contribuir com a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) pelo regime antes vigente, ou seja, mediante aplicação da alíquota de 3% sobre o total das receitas.

A Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal n. 480, de 2004,[38] sacramentou a separação das contas dos denominados serviços de terceiros (profissionais da saúde, especialmente os médicos, e estabelecimentos de saúde) contratados/credenciados pelas empresas de planos e seguros de saúde e autorizou a dedução de impostos e contribuições sociais de profissionais e estabelecimentos de saúde.[39] Sobre a remuneração dos profissionais de cooperativas e associações médicas incide 1,5% de imposto de renda e 4,65% (a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido [CSLL], da Cofins e da Contribuição para o Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público [PIS/Pasep]) sobre o valor total do documento fiscal. Sobre a outra a fatura a profissionais da saúde não vinculados a associações ou cooperativas incidirão 9,45% (nove inteiros e 45 centésimos por cento) e 5,85% para as faturas dos estabelecimentos de saúde (na realidade, a norma se refere a serviços hospitalares, mas adota uma definição muito vaga de 'hospital', extensiva a pessoas jurídicas; prestadoras de serviços pré-hospitalares; e prestadoras de serviços de emergências médicas por meio de UTI móvel.

Outro âmbito de incidência das normas fiscais para empresas privadas de assistência à saúde é o da importação dos equipamentos, ou seja, importação de peças para produção local. O caráter incipiente da indústria nacional confere importância decisiva aos aspectos fiscais, uma vez que os cambiais, com a estabilização da moeda, encontraram um ponto de equilíbrio, ainda que provisório. A promulgação da Emenda Constitucional n. 33, de 2001, esclareceu que a cobrança do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) não incide sobre a importação de equipamentos médico-hospitalares.[40]

---

37 Lei n. 10.865/2004, Art. 21.

38 Normatiza, em seu Artigo 26, a retenção de tributos e contribuições nos pagamentos efetuados pelas pessoas jurídicas.

39 Lei n. 9.249/95, Art. 15 (ver Incentivos Fiscais à Oferta, Anexo 2).

40 Alteração dos dispositivos da Constituição Federal relacionados ao sistema tributário nacional entre as quais as importações. Após a Emenda Constitucional 33 (EC-33), clínicas médicas, laboratórios e hospitais propuseram ações objetivando a restituição dos valores pagos a título

Sob forte influência da Federação Nacional de Seguradoras (Fenaseg), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Unimed, Entidades de Planos de Autogestão e, Confederação Nacional de Saúde, os projetos de lei apresentados ignoraram toda a complexa trama de políticas públicas de estímulo e suporte à demanda e à oferta de planos privados de saúde. Mas buscaram atender às demandas de regulamentação dos empresários e, ainda, parte daquelas oriundas das entidades de defesa dos consumidores e de representação dos médicos. Assim, a Lei n. 9.656, de 1998, que regulamenta as empresas de planos e seguros de saúde, não rendeu nenhum reconhecimento às normas sobre o sistema de saúde definidas pela Constituição e suas leis regulamentadoras.

A reação tímida dos 'defensores do SUS' e os aportes críticos do conhecimento produzido pela área da saúde coletiva às iniciativas destinadas a corrigir as falhas do mercado e domesticá-lo não alteraram os rumos da regulamentação. Os limites estreitos das regras da regulamentação tais como a definição e redefinição das coberturas e normas prudenciais projetaram-se na organização de fóruns específicos freqüentados por especialistas, empresários, entidades de defesa do consumidor e entidades médicas e na adoção de um dialeto propositalmente especializado (o da imperfeição do mercado).

Por volta de 1998, o mercado de planos e seguros privados de saúde já abrangia cerca de 25% da população: 32 milhões de clientes, e aproximadamente 5 milhões de pessoas vinculadas aos esquemas assistenciais para servidores civis e militares (Pnad/IBGE 1998). Sua configuração empresarial, integrada, desde meados dos anos 1980, por seguradoras vinculadas a bancos ou ao sistema financeiro e a diversificação e ampliação das atividades das empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas implicaram a profissionalização e amplificação de seus canais de representação. As entidades de representação dos empresários de comercialização de planos de saúde e estabelecimentos privados, munidas de assessores e argumentos jurídicos e econômicos atuaram antes, durante e após a regulamentação junto ao Congresso Nacional e órgão do Poder Executivo.

Sob forte influência da Fenaseg, Abramge, Unimed, Entidades de Planos de Autogestão e Confederação Nacional de Saúde, os projetos de lei apresentados

---

do referido imposto. Além disso, as mercadorias que haviam sido importadas e apreendidas foram objeto de ações judiciais para a obtenção de decisões liminares que promoveram sua imediata liberação sem o recolhimento do imposto. Com relação às importações realizadas sob a forma de contrato de arrendamento mercantil (*leasing*), as Cortes Superiores mantiveram o entendimento de que o ICMS não é devido.

ignoraram toda a complexa trama de políticas públicas de estímulo e suporte à demanda e à oferta de planos privados de saúde. Mas buscaram atender às demandas de regulamentação dos empresários e, ainda, parte daquelas oriundas das entidades de defesa dos consumidores e de representação dos médicos. Assim, a Lei n. 9.656, de 1998, que regulamenta as empresas de planos e seguros de saúde, não rendeu nenhum reconhecimento às normas sobre o sistema de saúde definidas pela Constituição e suas leis regulamentadoras.

Essa legislação, que subtende a existência quase exclusiva de um mercado efervescente e selvagem de planos individuais, cuja expansão nos primeiros anos após a implantação do Real prometia retirar mais 'peso' do sistema público, encontrou no então ministro Serra um contumaz defensor.

A reação tímida dos 'defensores do SUS' e os aportes críticos do conhecimento produzido pela área da saúde coletiva às iniciativas voltadas a corrigir as falhas do mercado, domesticá-lo não alteraram os rumos da regulamentação. Os limites estreitos das regras da regulamentação tais como a definição e redefinição das coberturas e normas prudenciais projetaram-se na organização de fóruns específicos freqüentados por especialistas, empresários, entidades de defesa do consumidor e entidades médicas e na adoção de um dialeto propositalmente especializado (o da imperfeição do mercado). Um pouco mais tarde, a conveniente idealização ou a convicção a respeito da autonomia do mercado e a institucionalização das tensões foram utilizadas como material de construção da ANS em 2000.

A ANS de FHC baseou-se no desenho das agências reguladoras autônomas, foi modelada como instituição à parte do Ministério da Saúde e concretizou-se em diretorias e diretores que mimetizaram órgãos ou empresas a serem regulados aos quais se agregaram técnico-militantes do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Em resposta às pressões por redução ou ampliação das coberturas e valores dos reajustes de preços, a nova burocracia desenvolveu um painel de instrumentos de controle de parte do mercado de planos de saúde cujas bases conceituais e tecnológicas próprias, pouco ou nada relacionaram-se com as do SUS. Os discursos técnico-ideológicos do corpo burocrático da ANS de apologia do equilíbrio entre as partes reguladas e receosas dos erros do 'fio da navalha', isto é 'exageros na intensidade da intervenção estatal', potencializaram seu afastamento das instituições públicas de saúde. Estas últimas, para alguns dos novos burocratas da ANS, não passavam de exemplo do fracasso da voracidade estatizante. Como a crença na autonomia do mercado não isentou seus defensores de chamar para si a ocupação dos cargos públicos da ANS, seu DNA conservou as marcas do forte imbricamento

Estado-mercado. Por outro lado, assumiu o fenótipo preconizado pelos cânones do Estado regulador e, praticamente, expurgou de seu âmbito de atuação os planos empresariais/coletivos. Ou em outros termos, livrou-se de um mercado considerado ultrapassado, aquele cuja herança corporativista impediria a negação da intervenção estatal. Por isso, o suposto mercado livre do Estado propõe como única interface com o público o ressarcimento ao SUS.

Segundo as estimativas das próprias empresas de planos e seguros de saúde, o somatório da arrecadação de contraprestações pecuniárias/despesas com planos e seguros de saúde foi de cerca de R$ 16,03 bilhões em 1998. A constatação da equivalência do faturamento das empresas de planos de saúde com o orçamento do Ministério da Saúde (17,5 bilhões para o mesmo ano) gerou reações díspares. Por um lado, alguns pesquisadores alertaram para os possíveis equívocos de classificação de gastos púbicos como privados. Por outro, foi utilizada como um novo ingrediente dos argumentos da inviabilidade do SUS universal (Piola & Biasoto, 2001; Bahia, 2001).

Todas essas certezas a respeito da vitalidade do mercado não impediram o ativamento/aprimoramento de políticas públicas dedicadas a conferir suporte às empresas de planos de saúde e a recusa das empresas em aderir às normas legais. Em 2001 e 2002, as medidas fiscais destinadas a estimular a operação das empresas de planos e seguros concentraram-se em torno do alívio fiscal à cobrança de impostos e contribuições incidentes sobre despesas operacionais e reservas técnicas.[41]

Mas, esses novos incentivos não moveram as empresas de planos e seguros de saúde na direção proposta pela ANS para reduzir as falhas do mercado. Vencida a batalha judicial, que assegurou a vigência dos contratos antigos e o malogro do programa de incentivo aos contratos,[42] rotinizaram-se as relações entre o governo e as empresas de planos e seguros de saúde e empresas privadas de estabelecimentos de saúde. Às empresas de planos e seguros de saúde competia demandar a redução de coberturas e manter e encontrar novos mecanismos de proteção fiscal e capitalização junto ao Executivo, Legislativo e Judiciário. Às empresas privadas de estabelecimentos de saúde coube a reivindicação de suporte financeiro para o pagamento de seus débitos junto aos fornecedores, mais subsídios fiscais e a indexação de aumentos dos valores dos prêmios ao valor de remuneração de seus procedimentos. E à ANS

41 Medida Provisória n. 2.158-35, de 2001 (ver Incentivos Fiscais à Oferta, Anexo 2).

42 Medida Provisória n. 148, de 2003. Atribui competências à ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998.

restou o mais dramático dos papéis: o de consolidar-se como uma instituição pública, dependente dos recursos orçamentários do Ministério da Saúde, como parte de sua burocracia a favor do privado.

O Primeiro Governo Lula: a decretação pela ANS da irrelevância do privado

A equipe de transição do governo Lula questionou o caráter executivo e, sobretudo, a efetividade das políticas de privatização apoiadas pelas agências reguladoras durante o governo FHC. Esse esforço de revisão e tentativa de reordenar as relações institucionais entre os ministérios e as agências, embora não diretamente atinente às duas agências da área da saúde, alentou as proposições de maior aproximação entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais da ANS.

Essas mudanças enunciadas não adquiriram uma tradução operacional imediata. A lógica de ocupação de cargos, orientada pela lógica da priorização das demandas da coalizão governamental, impediu um debate mais aprofundado sobre as necessidades de mudanças de escopo e escala na ANS. Contudo, no embalo do otimismo que acompanhou a montagem do governo Lula, a nomeação de sanitaristas petistas, petistas não sanitaristas e sanitaristas não petistas parecia compensar de sobra tanto a permanência de uma estrutura organizacional desfavorável à atuação sobre as interfaces público-privadas e a politização das indicações (dessa vez pela esquerda), quanto à ocupação de uma das diretorias por indicação dos partidos da coalizão articulados como parte das empresas de planos e seguros de saúde.

O clima de mudanças intensificou-se com os pronunciamentos do então ministro Humberto Costa, em 2003. A firmeza de propósitos sobre a necessidade de estabelecer as bases para o diálogo em torno das necessidades de estreita articulação entre o Ministério da Saúde e a ANS, bem como a defesa da irredutibilidade das coberturas, 'fechamento' das duplas portas de entrada e cobrança do ressarcimento ao SUS e a convocação do Fórum de Saúde Suplementar anunciaram a construção de uma nova agenda e uma nova arena para a regulação das empresas de planos e seguros de saúde (*Jornal de Brasília*, 9/2/2003, *Folha de S.Paulo*, 12/06/2003, *Fórum de Saúde Suplementar,* 25/06/2003). No entanto, a negociação sobre o reajuste de preços e os esforços de parte da equipe dirigente para a formulação do Programa de Qualificação das Operadoras de Planos de Saúde parecem ter desviado todas as energias 'mudancistas' para as tentativas de reforma dos modelos assistenciais das empresas de planos e seguros de saúde.

Abrigados sob a bandeira da saúde como bem de relevância pública e por vezes da integralidade da atenção, alguns velhos e novos sanitaristas e lideranças do movimento médico – alçados à condição de dirigentes, consultores e de funcionários de empresas de planos de saúde e da ANS – passaram a apregoar a irrelevância do privado. As convicções sobre as possibilidades de aplicar uma "economia da prevenção" à implementação de modelos técnico-assistenciais produtores de saúde galvanizaram o debate sobre a assistência suplementar na área da saúde pública. A crença no poder de um antídoto genérico para todas as distorções do sistema de saúde, combinada com a apresentação dos efeitos demonstrações da eficiência das mudanças nas práticas assistenciais de certas empresas de planos de saúde, legitimaram a presença e a permanência de sanitaristas nas empresas de planos privados de saúde. Contudo, não seria apropriado atribuir apenas à "distorção" de prioridades o feito de obter a anuência passiva da área da saúde às políticas públicas do governo Lula de expansão do mercado de planos privados de saúde.

Tudo indica que as motivações que inspiraram a política de universalização dos planos privados de saúde para os servidores civis da União, isto é, a extensão de subsídios financeiros para funcionários da administração federal direta e seus dependentes, não estivessem afeitas às mudanças no modelo assistencial. Pelo contrário, a extensão e legitimação de uma política de transferência de recursos públicos orçamentários explicitamente contrária aos preceitos constitucionais, que vedam o repasse de recursos públicos para o setor privado visou a responder, com a ampliação de benefícios indiretos, às demandas salariais. Por isso, o Decreto 4.978, de 2004, gestado no interior do Ministério do Planejamento e que fixou a competência do órgão para expedir normas complementares, abriu caminho para contornar o preceito da universalização do direito à saúde via mudanças na Lei n. 8.112, de 1990 (que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais).

Ironicamente, as alterações infraconstitucionais, no artigo 230 da Lei n. 8.122/90 do Regime Jurídico 'Único', incluídas na Lei n. 11.302, de 2006,[43] escancararam a não-observância da legislação e descrédito no Sistema 'Único' de Saúde, pelo próprio governo. Mais: a vinculação a planos privados de saúde, em certos casos, passou a ser rotulada, por dirigentes sindicais, como conquista dos trabalha-

43 Art.230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, prestada pelo Sistema Único de Saúde ou diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou, ainda mediante convênio, na forma estabelecida em regulamento (Lei n. 8.122/1990).

dores. Conquista que inclui os servidores 'públicos', não apenas os federais, mas também para os estaduais e municipais e seus familiares no mercado de planos 'privados' de saúde mais baratos. Como a vinculação de servidores públicos representa uma das principais linhas de crescimento do mercado, o posicionamento de seus sindicatos propulsiona, justamente à rede privada de clínicas e hospitais de menor porte, baixa especialização, cuja fragilidade e rotatividade de seus integrantes, certamente comprometem a abrangência e a qualidade requeridas à integralidade da atenção.

No final do primeiro mandato de Lula, complementam-se a ruptura radical dos discursos e práticas de parte do movimento sindical com a defesa da universalização do direito à saúde e os anúncios comemorativos dos dirigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em relação ao fenômeno de expansão dos postos de trabalho formais e do mercado de planos e seguros privados de saúde (*Folha de S.Paulo*, 4/6/2007). Porém, desta feita, a privatização, apoiada por segmentos à esquerda do espectro político, ao contrário do que ocorreu no regime militar, não se subordina ao planejamento econômico. Em função da invisibilidade das políticas públicas de formação do mercado, as coberturas de planos e os seguros de saúde são considerados variáveis independentes de um modelo causal, que pressupõe como desfecho favorável não a saúde e sim a capacidade individual de consumo.

Em Nome do SUS

Ao longo dos vinte anos de implementação do SUS, as políticas públicas de apoio às empresas de planos e seguros de saúde e estabelecimentos assistenciais foram

---

Art.230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, prestada pelo Sistema Único de Saúde ou diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou, ainda mediante convênio ou *contrato*, na forma estabelecida em regulamento (Lei n. 9.527/1997).

Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde/SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com *planos ou seguros privados de assistência à saúde*, na forma estabelecida em regulamento (Lei n. 11.302 de 2006, grifos meus).

intensificadas e diversificadas em nome do direito universal à saúde. A construção dos pilares estatais de apoio à privatização da assistência à saúde não é simples e nem recente, precede o SUS e se entranha na arquitetura das relações contemporâneas entre o público e o privado.

O processo de democratização, em tempos de retração econômica e ajuste fiscal, não favoreceu a redução das políticas de discriminação e privilégios na saúde. Mas propiciou a inclusão seletiva de novos segmentos ao consumo de bens e serviços, entre os quais os planos e seguros privados de saúde.

Erroneamente, essa onda de privatização da assistência à saúde tem sido atribuída ou à dimensão jurídico-legal ou às relações livres e individuais de compra e venda. Há quem diga que existe um mercado significativo de planos e seguros de saúde porque a Constituição de 1988 determinou que a saúde é livre à iniciativa privada. E há quem afirme – e esses são majoritários – a inevitável atração do consumidor com renda pela assistência privada à saúde. Ambas as interpretações passam ao largo da produção de políticas públicas em prol da privatização e do SUS.

É quando se transpõe o plano das explicações mais gerais para as mais minuciosas, que o SUS aparece, seja como parte da equação que se baseia na "percepção de piora dos serviços públicos de quem pode pagar" e aumento do mercado de planos e seguros de saúde, seja como argumento para justificar o apoio público aos estabelecimentos privados que compõem a sua rede.

Em nome da desoneração do SUS, pelo menos 10 bilhões de recursos públicos/sociais foram revertidos em 2006 para o mercado de planos e seguros e estabelecimentos privados de saúde (Cremesp-Idec, 2007). Parte desse montante referese às despesas com saúde declaradas no imposto de renda de pessoa física de 5.467.450 contribuintes (via formulário completo) equivalentes a R$ 4.270,34 *per capita* em 2004 (cerca de 12 vezes maiores do que os gastos públicos com cada cidadão brasileiro, que em 2004 atingiram o valor de R$ 363,64 reais *per capita*) (Secretaria da Receita Federal e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde [Siops]). Em nome da desoneração do SUS as empresas estatais e os órgãos da administração direta financiam planos e seguros privados de saúde para seus trabalhadores.

Em nome das insuficiências do SUS, mas apoiados por subsídios fiscais, grandes hospitais filantrópicos (plataformas avançadas de incorporação de tecnologia) se denominam 'privados', se associam à Associação Nacional de Hospitais Privados (Anhap) e praticamente não atendem o público. Em nome das insuficiências do SUS, porém fortemente financiados por recursos públicos, hospitais filantrópicos e

universitários mantêm duas portas de entrada, alguns comercializam planos de saúde e um subconjunto arrecada recursos públicos adicionais com a comercialização das atividades de gestão de unidades públicas de saúde.

Os empresários envolvidos com assistência à saúde pretendem demonstrar eficiência exigindo que o Estado os subsidiem, resolva os problemas derivados de seu crônico endividamento e permita-lhes a livre escolha de manter uma capacidade ociosa (não comprável pelos baixos preços de remuneração das tabelas do Ministério e secretarias de Saúde). Essa liberdade estende até a permissão e estímulos governamentais para adoção de parâmetros de fixação de preços similares aos de serviços suntuários por determinados hospitais filantrópicos. Quem organiza as demandas também apela para a eficiência. Os planos privados de saúde sairiam mais em conta do que as pressões por aumento salarial; eles trazem ganhos de produtividade às empresas empregadoras e de representatividade para as associações sindicais. Nesses casos, os subsídios governamentais tamponam as eventuais crises provocadas pelos aumentos de preços, como ocorre com a cobertura de recursos orçamentários no que se refere aos déficits dos planos de saúde de empresas estatais (como por exemplo Petrobras e Banco do Brasil, entre outras). E para os compradores individuais a participação num fundo coletivo representa a possibilidade de maximização do investimento e claro que não a escolha do melhor plano, mas garantia de atendimento, modulada pelo poder de compra.

A intensa 'mercadorização' da assistência médico-hospitalar, pelo lado da demanda e da oferta, estimulou o recrudescimento de afirmações sobre a dualidade do sistema de saúde brasileiro. Tal tese, que nos anos 1990 era um patrimônio exclusivo de poucos consultores do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento, retornou às analises do sistema de saúde brasileiro pelas mãos de estudiosos e executores de políticas que propugnam o SUS universal. Antes, para demonstrar as vantagens do sistema de saúde colombiano sobre o brasileiro, buscavam-se evidências nas proporções dos gastos públicos e privados de ambos os países. Os elevados e crescentes patamares de gastos privados com saúde no Brasil demonstravam que o sistema universal formal não se coadunava com a estrutura dual de financiamento. Enquanto na Colômbia as altas proporções de gastos públicos guardavam coerência com o pluralismo estruturado (baseado em subsídios públicos à demanda de menor renda, financiamento privado compulsório e instituições arrecadadoras e executoras privadas) (World Bank, 1994). Mais recentemente, o diagnóstico da dualidade tem sido lastreado não apenas na origem das fontes de financiamento, mas também na institucionalização dual da regulação da atenção à

saúde (ANS e Ministério da Saúde). No primeiro caso, o das agências internacionais, o dualismo conotava a impossibilidade estrutural da universalização. Teimosos eram os brasileiros que insistiam em permanecer à margem das reformas privatizantes na saúde. Entretanto, no segundo caso, os sentidos do conceito de dualismo são mais difusos e também mais confusos. Para uns, o dualismo é uma 'evolução', chega-se a dizer 'aprimoramento das diretrizes constitucionais': primeiro ter-se-ia 'criado o SUS', e depois a 'suplementar'. Para outros, encerra a convergência de múltiplas contradições entre o público e o privado já prenunciadas desde a Constituição de 1988.

As informações apresentadas ao longo do presente trabalho não corroboram a dualidade do sistema de saúde brasileiro. Apesar de não definitivas e carentes de maior decantação, há razões de sobra para supor que os padrões de relações entre o público e o privado que estruturam e dinamizam o SUS não são exclusivos e mantêm numerosas interfaces com aquelas incidentes no mercado de planos e seguros de saúde.

Perante o vasto, sofisticado e renovado painel de políticas públicas de privatização da assistência à saúde, a hipótese a ser arriscada é a da fragmentação do padrão de acumulação, mantido pela integração seletiva das demandas, inaugurado pelo regime militar. Isso não significa desconhecer nem o aprofundamento das iniqüidades nem a irredutibilidade da disjuntiva entre os objetivos de promoção do bem-estar e busca da eficiência, crescimento econômico e competitividade.

Estamos assistindo a um processo de recuperação da capacidade de planejamento e dos investimentos públicos, em especial com o PAC (Programa de Aceleração do Crescimento), que define uma estratégia a partir de uma visão global. Trata-se de um avanço qualitativo inquestionável, mas é inevitável constatar que o volume de investimentos previstos no PAC é bastante modesto. As iniciativas para inserir a saúde na agenda do desenvolvimento, ao mesmo tempo que oportunas e relevantes, retiram-na do confinamento a que fica relegada, quando encarada apenas como programa compensatório.

Perceber com clareza o papel do Estado na articulação com o empresariado sob a forma de coordenação estratégica parece óbvio, mas no que tange às empresas de planos e seguros e estabelecimentos privados de saúde, a regulação tem se pautado pelas trocas por meio de ações individualizadas. Essa fragmentação reforça as concepções a respeito da existência de um mercado abstrato idealizado que se move unicamente pelo apetite de seus vendedores e compradores.

Daí a premência de retomar e priorizar o tema das relações entre o público e o privado na saúde, procurando fundamentar um debate não normativo sobre a

importância da universalidade do direito à saúde para o desenvolvimento econômico e social. Os vinte anos de SUS deixam entre seus inúmeros avanços as evidências sobre o impacto das políticas universais. Por outro lado, os impasses do SUS exigem não apenas a atualização do nosso pensamento sobre a "irracionalidade da medicina privada", mas também a elaboração de estratégias de ação para reverter o padrão de alocação de recursos financeiros e políticos na privatização da assistência à saúde.

Assim, nas comemorações dos vinte anos de SUS em meio aos anúncios de retomada do dinamismo da economia brasileira, brindaremos ao debate e não aos consensos vazios. Brindaremos às perspectivas de efetivação do SUS universal e, portanto à necessidade de discernir e enfrentar arranjos político-técnicos pelos interesses particulares que o inviabilizam.

Referências

BAHIA, L. *Reestratificação das Clientelas na Década de 80: um estudo exploratório do caso Amil*, 1991. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

BAHIA, L. *Padrões e Mudanças nas Relações entre o Público e o Privado no Brasil: planos e seguros de saúde*, 1999. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 329-339, 2001.

BAHIA, L. *et al*. Dinâmica e tendências do mercado de saúde suplementar no contexto da regulação: reestruturação empresarial e profissionalização da gestão, 2008. Projeto APQ Cnpq nº 410630/2006-3.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde. In: FLEURY, S. (Org.) *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. v. 1.

CAMPOS, G. W. S. O público e o privado na saúde brasileira. *Le Monde Diplomatique*, mar. 2008, p. 28-29.

CANABRAVA, C. M.; ANDRADE, E. I. G. & CHERCHIGLIA, M. L. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23: 115-126, 2007.

CORDEIRO, H. *As Empresas Médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

FAVARET, P. F. & OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados*, 33(2): 257-283, 1989.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista de Saúde Pública*, 40, n. esp.: 11-23, 2006.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 377-389, 2001.

MELLO, C.G. A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária. *Saúde em Debate*, 3: 8-15, 1977.

MISOCZKY, M. C. A. *O Banco Mundial e a Reconfiguração do Campo das Agências Internacionais de Saúde: uma análise multiparadigmática*. Recife: Observatório da Realidade Organizacional, Propad/UFPE, Anpad, 2002.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. (Orgs.) *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Editora Unicamp, 2002.

OLIVEIRA, J. A. & FLEURY TEIXEIRA, S. M. *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1989.

PIOLA, S. & BIASOTO JR., G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B. & GIOVANNI, G. *Brasil: radiografia da Saúde*. Campinas: Editora Unicamp, 2001.

PORTAL BROKERS BRASIL. Bancos apostam no 'consignado hospitalar' Luciana Bruno 11/02/2008 DCI SP. Disponível em: <www.crediunion.com.br/noticias.asp>.

RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*, 2000. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde, Promessas e Limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SALM, C. *Planos de Saúde no Brasil: origens e trajetórias*. Rio de Janeiro: Laboratório de Economia Política da Saúde, 2005.

VIANA, A. L. & ELIAS. P. E. Saúde e desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 supl.: 1.765-1.766, 2007.

WORLD BANK. *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: agenda for the 90s*. Washington: World Bank, 1994. (Report, 12655-BR)

Anexo

Legislação

FUNRURAL

O Decreto n. 73.617, de 12 de fevereiro de 1974 (Revogado), aprova o Regulamento do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural e contém em seu Capítulo II (Benefícios em Serviços), seção I – Serviços de Saúde, entre outras as seguintes definições: Art. 27. Os serviços de saúde serão prestados com a amplitude que permitirem os recursos do Funrural, em regime de gratuidade total ou parcial, segundo a renda familiar e os encargos de família do beneficiário; Art. 28. Os serviços de saúde compreenderão: a) prevenção às doenças e educação sanitária; b) assistência à maternidade e à infância; c) atendimento médico e cirúrgico em ambulatório, ou em regime de internação hospitalar, ou, ainda, em domicílio; d) exames complementares; e) assistência odontológica, clínica e cirúrgica. Art. 29. Adotar-se-á, para prestação dos serviços de saúde, o sistema de subsídios e, quando necessário, doação de equipamento, a cargo do Funrural, mediante convênio deste com estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais mantidos: a) pela União, Estados e Municípios; b) por instituições de previdência social; c) por Universidades e Fundações que apresentem abonadora folha de serviços sociais; d) *por entidades privadas de preferência com as de natureza beneficente*; e) por entidade sindicais de trabalhadores ou de produtores rurais; f) por cooperativas de produtores rurais, cuja folha de serviços assistenciais as recomende; g) por empresas que empreguem recursos próprios no desenvolvimento dos serviços sociais. Parágrafo único. Os subsídios conferidos aos estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais, pertencentes aos Estados ou Municípios, não poderão, em qualquer hipótese, ser desviados da direta e imediata utilização pelo próprio estabelecimento, nos termos constantes do respectivo convênio, sob pena de rescisão contratual. Art. 30. Os serviços de saúde serão prestados em sentido coletivo, sem objetivar o controle do gasto individual relativo ao beneficiário, ou dos ajustes entre profissionais e entidades prestadoras de serviços. Art. 34. Em nenhum caso o Funrural, por si ou seus prepostos, poderá contratar ou manter pessoal para a realização direta de qualquer forma de prestação de serviços de saúde ao trabalhador rural e dependentes (grifos meus).

Débitos de hospitais privados, 1993

Lei n. 8.620, de 5 de janeiro de 1993. Art. 5º. Os débitos dos hospitais contratados ou conveniados com o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), relativos a contribuições arrecadadas pelo Instituto Nacional do Seguro Social, ajuizados ou não, referentes a competências existentes até 30 de outubro de 1992, poderão ser objeto de parcelamento nos termos desta Lei, mediante o desconto de até vinte por cento a ser efetuado sobre a importância das faturas referentes aos serviços médico-hospitalares prestados por conta da Seguridade Social, cujo valor correspondente será retido pelo órgão pagador, para ressarcimento de parcela do débito, na forma a ser estabelecida em regulamento.

Concessão do certificado de beneficência e participação na rede SUS

A Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social), e a Medida Provisória n. 2.187-13, de 2001, definem no artigo 4º que a assistência social rege-se, entre outros, pelo princípio da universalização dos direitos sociais e que a inscrição da entidade no Conselho Municipal de Assistência Social, ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, é condição essencial para o encaminhamento de pedido de registro e de certificado de entidade beneficente de assistência social junto ao CNAS. Os sucessivos detalhamentos dos critérios de concessão do certificado de entidade beneficente visaram a reduzir os parâmetros previstos inicialmente pelo Decreto n. 2.536 de 6 de abril de 1998 (exigência de 60% dos atendimentos para os convênios firmados com o SUS). Os decretos n. 3.504, de 2000, n. 4.499, de 2002, e n. 4.327, de 2002, introduziram como alternativas à concessão do certificado: 1) a oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS; 2) a aplicação por parte da entidade de um percentual da receita bruta em gratuidade variando entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento universal, nos casos em que os secretários de saúde declarassem a impossibilidade de contratar 60% das internações do hospital; 3) a classificação do hospital como estratégico para o SUS.

Decreto n. 4.481, de 2002, reduz o percentual de atividades destinadas ao atendimento universal. Art. 2º. Os sistemas de alta complexidade de que trata o art. 1º são regulamentados pelo Ministério da Saúde (...). § 2º *No caso de prestação de serviços nos Grupos II e X, o percentual mínimo exigido de prestação de serviços ao SUS, também medida por paciente-dia, é reduzido para vinte por cento* (grifos meus). O Decreto n. 4.588, de 2003, revogou o n. 4.481, de 2002.

Decreto n. 5.895, de 2006. Dá nova redação ao art. 3º do Decreto n. 2.536, de 6 de abril de 1998, que dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. A instituição de saúde deverá, em substituição ao requisito de ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento poderá alternativamente realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, estabelecendo convênio com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação: I – estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; II – capacitação de recursos humanos; III – pesquisas de interesse público em saúde; IV – desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

FONTES ADICIONAIS DE RECURSOS E CONCESSÃO DE CRÉDITOS PARA AS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA

A Lei n. 11.345, de 2006, e Decreto n. 6.187, de 2007, dispõem sobre a instituição de concurso de prognóstico destinado ao desenvolvimento da prática desportiva, a participação de entidades desportivas da modalidade futebol nesse concurso e o parcelamento de débitos tributários e para com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). Definem que 3% (três por cento) da arrecadação serão direcionados para o Fundo Nacional de Saúde, que destinará os recursos, exclusivamente, para ações das Santas Casas de Misericórdia, de entidades hospitalares sem fins econômicos e de entidades de saúde de reabilitação física de portadores de deficiência. Esses recursos são, normalmente, utilizados como capital de giro para a empresa, pequenas reformas e pagamento do 13º salário aos funcionários. O hospital conveniado ao SUS tem permissão do Ministério da Saúde para antecipar até 30% da média mensal de seu faturamento a um limite de dez faturamentos financiados. As parcelas são pagas (sob a forma de prestações fixas em 12, 24 ou 30 meses) pelo próprio Ministério da Saúde, que desconta o montante do próximo faturamento da entidade de saúde. A Caixa Econômica prevê ainda criar uma nova modalidade: o Caixa Hospital Investimento, que seria utilizado para gastos maiores, como construção de novas unidades e compra de equipamentos. Em novembro de 2007, a partir de uma solicitação da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), a Caixa Econômica Federal reduziu as taxas de juros da linha de crédito Caixa Hospitais, para o financiamento de 12 meses, de 1,45% para 1,20% ao mês.

DEDUÇÕES FISCAIS PARA A DEMANDA DE SERVIÇOS, PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE

Desde a Lei n. 154, de 1947, a legislação brasileira permitiu que fossem abatidos da renda bruta os pagamentos feitos a médicos e dentistas pelo contribuinte. Inicialmente, esse abatimento era facultado somente ao contribuinte de menor renda. No âmbito da reforma tributária do regime militar buscou-se equipar os abatimentos, limitados a 5% da renda bruta das despesas com hospitalização e cuidados médicos àquelas realizadas com os prêmios de seguros de vida, seguros de acidentes pessoais e seguros de saúde (Artigo 9º § 3º e Artigo 10º Lei 4.506 de 1964).

Decreto-Lei n. 2.396, de 1987, em seus artigos 7º, 8º e 13º instituiu abatimentos com os prêmios para seguros de saúde, vida e acidentes pessoais, previdência complementar aberta e fechada.

Art. 7º. Poderão ser abatidos da renda bruta os pagamentos feitos a empresas nacionais, ou autorizadas a funcionar no país, referentes a prêmios de seguros de vida, de acidentes pessoais e os destinados à cobertura de despesas com hospitalização e cuidados médicos e dentários, relativos ao contribuinte, seu cônjuge e dependentes, vedada a inclusão de prêmio de seguro total a prêmio único.

§ 1º. Poderão também ser abatidos os pagamentos feitos a entidades que assegurem direitos de atendimentos ou ressarcimento de despesas de natureza médica, odontológica e hospitalar.

§ 2º. O abatimento de que trata este artigo não poderá ultrapassar Cr$ 50.000,00 (cinqüenta mil cruzados) e estará sujeito ao limite previsto no artigo 9º da Lei n. 4.506, de 30 de novembro de 1964.

Art. 8º. O abatimento de que tratam os artigos 3º e 4º do Decreto-Lei n. 2.296, de 21 de novembro de 1986 (previdência privada fechada e aberta), juntamente com os abatimentos a que se referem o artigo 12, I, do Decreto-Lei n. 2.292, de 21 de novembro de 1986 (planos PAIT), e o artigo 2º, I, do Decreto-Lei n. 2.301, de 21 de novembro de 1986 (caderneta pecúlio), não poderão exceder, em seu conjunto, a Cr$ 150.000,00 (cento e cinqüenta mil cruzados), observados os demais limites estabelecidos.

Lei n. 7.713, de 1988, Art. 14. Na determinação da base de cálculo sujeita à incidência mensal do imposto de renda poderão ser deduzidas: I – no que exceder

a cinco por cento do rendimento bruto do contribuinte, a parte dos pagamentos feitos pela pessoa física, no mês, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais e hospitais; § 1º. O disposto no inciso I deste artigo aplica-se também aos pagamentos feitos a empresas brasileiras, ou autorizadas a funcionar no país, destinados à cobertura de despesas com hospitalização e cuidados médicos e dentários, e a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas de natureza médica, odontológica e hospitalar. § 2º. Quando o montante dos pagamentos a que se refere este artigo ultrapassar o valor da base de cálculo do imposto, em cada mês, o excedente, corrigido monetariamente, poderá ser deduzido no mês subseqüente, no que ultrapassar a cinco por cento do rendimento bruto do mês de dedução.

Lei n. 9.250, de 1995, Art 1º. I – de todos os rendimentos percebidos durante o ano-calendário, exceto os isentos, os não-tributáveis, os tributáveis exclusivamente na fonte e os sujeitos à tributação definitiva; II – das deduções relativas a) aos pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias; b) a pagamentos de despesas com instrução do contribuinte e de seus dependentes *até o limite anual individual* (valores dos limites redefinidos até o ano 2010 pela Lei n. 118.482, de 2007). Art 2º. I – aplica-se, também, aos pagamentos efetuados a empresas domiciliadas no país, destinados à cobertura de despesas com hospitalização, médicas e odontológicas, bem como a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas da mesma natureza; V – no caso de despesas com aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias, exige-se a comprovação com receituário médico e nota fiscal em nome do beneficiário. Essa norma altera a Lei n. 8.134, de 27 de dezembro de 1990, o artigo 7º (sobre as deduções das contribuições para a Previdência Social) e 8º (despesas com saúde) que preserva os mesmos patamares para o desconto dessas últimas despesas 5% para trabalhadores urbanos, embora tenha admitido a dedução integral quando as mesmas excederem 20% do resultado da atividade rural. Decreto n. 3.000, de 1999. O capítulo II, artigo 39º do Decreto n. 3.000, de 1999, considera entre outros rendimentos isentos ou não tributáveis: Ajuda de Custo/ Alimentação, Transporte e Uniformes (alimentação, o transporte e os uniformes ou vestimentas especiais de trabalho, fornecidos gratuitamente pelo empregador a seus empregados; Auxílio-alimentação e Auxílio-transporte em Pecúnia a Servidor

Público Federal Civil; o auxílio-alimentação e o auxílio transporte pago em pecúnia aos servidores públicos federais ativos da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional)/ Benefícios Percebidos por Deficientes Mentais/ Bolsas de Estudo/ Cadernetas de Poupança/ Cessão Gratuita de Imóvel/ Contribuições Empresariais para o Pait (Plano de Poupança e Investimento)/ Contribuições Patronais para Programa de Previdência Privada/ Contribuições Patronais para o Plano de Incentivo à Aposentadoria Programada Individual/ Diárias/ Dividendos do FND (Fundo Nacional de Desenvolvimento)/Doações e Heranças/Indenização Decorrente de Acidente/ Indenização por Acidente de Trabalho/ Indenização por Danos Patrimoniais/ Indenização por Desligamento Voluntário de Servidores Públicos Civis/ Indenização por Rescisão de Contrato de Trabalho e FGTS/ Indenização Reforma Agrária/ Indenização Relativa a Objeto Segurado/ Indenização Reparatória a Desaparecidos Políticos/ Indenização de Transporte a Servidor Público da União/ Letras Hipotecárias/ Pecúlio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)/ Pensionistas com Doença Grave/ PIS e Pasep/ Proventos de Aposentadoria por Doença Grave/ Proventos e Pensões de Maiores de 65 Anos (até novecentos reais por mês)/ Proventos e Pensões da FEB/Redução do Ganho de Capital/ Resgate de Contribuições de Previdência Privada/ Resgate do Fundo de Aposentadoria Programada Individual (Fapi)/ Resgate do Pait/ Salário-família/ Seguro-desemprego e Auxílios Diversos/ Seguro e Pecúlio/ Seguros de Previdência Privada/ *Serviços Médicos Pagos, Ressarcidos ou Mantidos pelo Empregador (XLV – o valor dos serviços médicos, hospitalares e dentários mantidos, ressarcidos ou pagos pelo empregador em benefício de seus empregados*)/ Valor de Bens ou Direitos Recebidos em Devolução do Capital (definição de parâmetros) / Venda de Ações e Ouro, Ativo Financeiro (definição de limites) (grifos meus).

Incentivos fiscais à oferta

A Lei n. 10.833/03 aumentou a alíquota da Cofins para 7,6% para clínicas, laboratórios e outros estabelecimentos de saúde. Porém, por ocasião da conversão da Medida Provisória n. 164/2004, que instituiu tributação de PIS e Cofins sobre produtos importados, a discussão em torno da redução da alíquota para todo o setor da saúde foi retomada, acatando a modificação do artigo 10 da Lei n. 10.833/03. O antigo texto foi alterado pelo artigo 21 da Lei n. 10.865/2004, para determinar que as receitas decorrentes de serviços prestados estabelecimentos de saúde contribuam com a Cofins pelo regime anteriormente vigente, conforme estabelecido na Lei n. 10.833/03.

Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal n. 480 de 2004, Art. 26. Nos pagamentos efetuados às cooperativas ou associações médicas, as quais, para atender aos beneficiários dos seus planos de saúde, subcontratam ou mantêm convênios para a prestação de serviços de terceiros não cooperados, tais como: profissionais médicos e de enfermagem (pessoas físicas); hospitais, clínicas, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e laboratórios etc. (pessoas jurídicas), por conta de internações, diárias hospitalares, medicamentos, fornecimento de exames laboratoriais e complementares de diagnose e terapia etc. serão apresentadas duas faturas, observando-se o seguinte: I – no caso das associações médicas: a) uma fatura, segregando as importâncias recebidas por conta de serviços pessoais prestados por pessoas físicas associadas (serviços médicos e de enfermagem), das importâncias recebidas pelos demais bens ou serviços (taxa de administração, etc.), cabendo a retenção: b) outra fatura, referente aos serviços de terceiros não cooperados (pessoas físicas ou jurídicas), a qual deverá segregar as importâncias referentes aos serviços prestados.

O Art. 15 da Lei n. 9.249/95 fixa a base de cálculo do IRPJ, que, via de regra, corresponde a 8% da receita bruta. O inciso III do § 1º desse artigo fixa essa base de cálculo em 32% da receita bruta para as atividades de prestação de serviços em geral, exceto a de serviços hospitalares. O art. 20 da mesma lei estipula a base de cálculo da CSLL em 12% sobre a receita bruta para as empresas em geral, e em 32% para as empresas que exercem atividades de prestação de serviços, exceto a de serviços hospitalares.

PARTE III

Democracia, Participação e Gestão em Saúde

5

A Democracia Retórica: expropriação, convencimento e coerção

Virginia Fontes

Mesmo quando as minhas mãos estão ocupadas em torturar, esganar, trucidar
Meu coração fecha os olhos e sinceramente chora.
Chico Buarque e Ruy Guerra, Fado Tropical

Em trabalho anterior, fruto de seminário organizado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) (Lima & Neves, 2006), analisei as lutas teóricas e sociais em torno da sociedade civil[1] brasileira nos anos 1980. Nele, ressaltava a existência em todo o século XX de extensa e variada rede de entidades associativas empresariais no Brasil, configurando uma 'ampliação seletiva do Estado' no Brasil, pois ocorreu em paralelo à intensa e permanente repressão sobre organizações e entidades voltadas para os setores populares. Destacava também o crescimento, na década de 1980, de inúmeras associações populares e de assessorias a movimentos populares (entidades "a serviço de"), alertando que, em prol do socorro a grupos específicos, novas contradições se explicitavam: a luta comum arriscava transformar-se em benévola 'militância' filantrópica de apoio aos desvalidos; a defesa intransigente de um papel "apolítico" pelas novas entidades possibilitava o 'rebaixamento do horizonte da luta popular ao âmbito das questões imediatas, urgentes e individualizadas'; naturalizava-se a remuneração mercantil para esse tipo de militância (assessorias); e assumia-se o perfil cosmopolita, propenso a adotar internamente as características da dominação presentes no plano internacional.

1 O conceito de 'sociedade civil' será aqui empregado no sentido estritamente gramsciano, como aparelhos privados de hegemonia que, em seu conjunto e de maneira contraditória, integram o Estado, em sua concepção ampliada.

Tais entidades estreitavam o horizonte de transformação coletiva, com uma atuação crescentemente adaptativa.

Nos anos 1980, contexto de intensas lutas sociais, essas novas entidades – então orgulhosamente autonomeadas Organizações Não Governamentais (ONGs) – tiveram grande impacto. Inauguravam um processo de 'conversão mercantil-filantrópica da militância', atuando muito próximas aos movimentos populares e estavam magnetizadas, assim como movimentos sociais e sindicatos filiados à nova central – Central Única dos Trabalhadores (CUT) –, pelo impulso emanado do Partido dos Trabalhadores (PT) na unificação de extensa e variada gama de demandas sociais, em que pesem as oscilações teóricas petistas nos debates internos sobre democracia e socialismo (Almeida, 2000).

A partir da década de 1990, entretanto, as condições se alterariam de maneira substantiva. O eixo democrático e popular que predominou na década de 1980, ao reduzir-se seu impulso socializante – e portanto organizativo, voltado para a classe trabalhadora – seria desmantelado e superado. Essa complexa experiência de redução democrática se iniciou com a eleição de Fernando Collor de Mello, intensificando-se e permanecendo, com modificações, até os dias atuais, sob o governo de Luiz Inácio Lula da Silva.

Apresentarei um esboço para a compreensão de longa e complexa transformação no Brasil sob regime representativo (democrático) que, partindo de intensas lutas populares na década de 1980 culminou com uma nova modalidade de empreitamento do trabalho no século XXI. As entidades populares e as lutas voltadas para a organização dos trabalhadores, em prol de igualdade substantiva e pela superação do tristemente clássico controle patronal sobre o Estado brasileiro, tiveram de defrontar-se com fortes oposições externas – renovadas organizações patronais e a manutenção da repressão social seletiva – e internas, oriundas do próprio campo popular. A mercantilização da filantropia iniciada na década de 1980 contribuiu para segmentar o campo popular; desde o início da década de 1990 esse processo desdobrou-se em direção a uma cidadania da urgência e da miséria, convertendo as organizações populares em instâncias de "inclusão cidadã" sob intensa atuação governamental e direção empresarial. O terceiro momento consolida a subalternização direta da força de trabalho por entidades associativas empresariais, porém conserva os elementos anteriores, agora totalmente subordinados.

Duas hipóteses subjazem a este estudo: em primeiro lugar, a compreensão do fenômeno social brasileiro contemporâneo está ligada a um bem-sucedido impulso de concentração de capitais (financeirização) cujo foco foi simultaneamente interno (encontrou respaldo nas entidades patronais brasileiras e em prévia e

expressiva concentração monopólica, mesmo se associada ao capital internacional) e externo, pela adequação às imposições que emanavam dos países centrais e das agências internacionais. A segunda hipótese considera que a tal salto de concentração de capitais corresponde uma modalidade específica de expansão das relações sociais capitalistas – expropriações massivas – e implicou uma reconfiguração da classe trabalhadora. Sua implementação ocorreu por meio do crescimento de variadas formas de convencimento (produção de consenso) no Brasil, expandindo a sociedade civil, ao lado da manutenção e crescimento da coerção.

Preparando o Terreno

Alguns processos, deslanchados já na virada da década, contribuíram para a reconfiguração da sociedade civil ao longo dos anos 1990. O impacto da crise nos países ditos socialistas e o posterior desmantelamento da União Soviética geraram rápida reconversão de segmentos inteiros do próprio PT, num transformismo de escala até então desconhecida no Brasil (Coelho Neto, 2005). A adesão empresarial brasileira ao programa neoliberal, implementado em ritmo próprio, segundo correlações de forças cambiantes entre as diversas frações do empresariado (Saes, 2001; Boito Jr., 1998; Bianchi, 2001, 2004), expressava um salto em direção a novo patamar de concentração de capitais, com a participação de capitais estrangeiros, exigindo rearranjos no interior da classe dominante brasileira e resultando em aprofundamento do predomínio financeiro, associando estreitamente os interesses dos setores monopolistas (industriais, comerciais e bancários). O crescimento de organizações financeiras (bancárias ou outras) o expressaria.

O neoliberalismo apregoava o antiestatismo, mas anunciou-se para os trabalhadores pela ação governamental, por meio de demissões em massa de funcionários públicos, abrindo as comportas para demissões em todos os setores. A criação da Força Sindical (FS), em 1991, demonstrava a nova tática patronal, desmontar por dentro a organização dos trabalhadores, assim como o volume de recursos que nela investiria. Luiz Antonio de Medeiros, presidente do Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo desde 1987, cujas proposições claramente pró-capital e sua intensa difusão do “sindicalismo de resultados” seriam recompensadas:

> a burguesia agradece em dobro todos os serviços que Medeiros lhe presta. Na disputa das eleições para o Sindicato dos Metalúrgicos em 1990, para não correr nenhum risco de derrota de seu parceiro, os empresários apresentaram várias vezes Medeiros, ora no programa Fantástico, ora no Jornal Nacional. (Giannotti, 2002: 65)

A indicação de Rogério Magri – grande amigo de Medeiros – para o Ministério do Trabalho do governo Collor, facilitaria a instalação da Força Sindical, com apoio governamental (contratos diversos) e diretamente patronal – fartas doações em dólares e canal aberto na grande mídia (Giannotti, 2002: 129-136, 156-159). A intimidade e experiência patronal com a aparelhagem estatal facilitariam a criação de inúmeros sindicatos para a FS (Giannotti, 2002: 83). A "falsificação da ira popular" que o período Collor representava (Oliveira, 1992) seria devastadora, e a cunha introduzida no universo sindical com a sustentação patronal doravante procuraria falsear permanentemente a atuação e até mesmo a consciência dos trabalhadores.

No bojo de transformações profundas, a Força Sindical parece-me apresentar a chave para a compreensão dos processos subseqüentes na formatação de uma nova modalidade de subalternização para os trabalhadores no Brasil, em contexto representativo. A Força Sindical teria caráter paradigmático para a reconfiguração da sociedade civil no Brasil, não somente pela estreita ligação com o grande empresariado (em especial das empresas monopolistas sediadas em São Paulo), mas porque inaugurou e permitiu consolidar a redução do comportamento sindical a um segmento dos trabalhadores, atado a uma dinâmica estritamente corporativa, de cunho imediatista e espetacular. O próprio funcionamento da aparelhagem sindical tornava-se modelar para a adequação e conformação ao neoliberalismo: procedimentos de "reengenharia" interna, demissão de funcionários, busca de eficiência e eficácia econômica (rentabilidade), agenciamento de serviços, como a venda de seguros diversos (contribuindo para desmantelar a luta pelos direitos universais), oferta de cursos pagos, preparação e adequação de mão-de-obra para a "empregabilidade". Sob essa lógica, os sindicatos passariam a ser "gerenciados", elaborando e exibindo uma similitude entre sindicalizados e acionistas, pela oferta de pacotes de ações de empresas públicas ou por meio da implantação de clubes de investimento sob "gestão sindical". A atuação empresarial era simultânea e persistente, tanto pela "apresentação dos resultados" da Força Sindical, com a qual negociava abertamente, quanto pela pressão realizada sobre a CUT em diferentes planos, desde o endurecimento nas lutas sindicais, até as propostas de "gestão compartilhada" de parcela do valor (e da atividade) da força de trabalho, expressas nos acordos setoriais e na "democracia" no chão de fábrica.

'Repressão e convencimento se ampliavam simultaneamente'. O funcionalismo público viveu a virada para a década de 1990 em meio a importantes contradições, com a existência de setores de ponta e bem pagos (sobretudo na área econômica) contrapostos a setores pauperizados; com uma pauta reivindicativa muitas

vezes apenas corporativa e escassamente universalizante. Seu perfil seria profundamente modificado, por meio de demissões em massa inauguradas no governo Collor e continuada no governo FHC por Planos de Demissão "Voluntária" (PDVs) impulsionados por supressão de direitos, gerando demissões e aposentadorias precoces, sem falar no estímulo oficial às demissões decorrente do engajamento governamental de longa duração nas privatizações das maiores empresas públicas. A essa violência direta se agregava a incorporação de trabalhadores em atividades públicas, em áreas cada vez mais extensas de atuação, sem contratos regulares (bolsas diversas e terceirizações).

O desemprego intensificava a rotatividade de mão-de-obra e a concorrência entre os trabalhadores; desmantelavam-se direitos associados a relações contratuais de trabalho; as organizações sindicais eram corroídas de seu interior; profundas alterações no setor público, iniciadas com as demissões e privatizações, foram o prenúncio de modificação acelerada do perfil da classe trabalhadora no Brasil.

A CUT ficaria enredada na armadilha, presa de suas próprias contradições. Ao longo da década de 1990, o setor dominante da entidade aderiria crescentemente às práticas induzidas e/ou impostas pelo capital, a começar pela duplicidade exibida quando das privatizações, nas quais se dividiu. Uma parte a combatia, outra participava da compra de ações – em especial por meio da participação sindical na gestão dos Fundos Previdência das grandes empresas públicas (Garcia, 2008). Intensas lutas internas ocorreriam, mas a CUT permaneceria capitaneada pelo mesmo grupo que hegemonizava o PT, controlador dos principais recursos da entidade. Longe de dedicar-se à compreensão da profunda reconfiguração da classe trabalhadora então em curso, adotou crescentemente comportamento similar ao da Força Sindical, apresentado como sindicalismo "cidadão" (Souto Jr., 2005).

Em outros termos, abolia-se 'retoricamente' a existência de uma classe trabalhadora, sendo atribuído aos sindicatos o papel legal e agora legitimado de "administrar conflitos", convertendo-se em parceiros do patronato. Abriu-se uma campanha anti-Estado extremamente agressiva, 'amedrontadora e pedagógica', segundo os termos da própria Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), que contou com a unanimidade da mídia e com a obediência governamental, direcionada para a doação de capital a grandes empresas monopolizadas e para a destruição dos direitos inscritos na Constituição de 1988.

A burguesia brasileira e seus sócios internacionais passariam a contar, após a destituição de Collor, com um suporte precioso, extremamente conveniente para o projeto a que se propunham. O Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB),

criado em 1989, aportaria elementos de credibilidade eleitoral para a consolidação da estratégia patronal, ao tempo em que confundia seus adversários (Fontes, 2005). A elaboração intelectual para o programa de governo de FHC pode ser encontrada no livro da Fiesp – *Livre para Crescer* – publicado em 1990: em vigoroso e dramático programa de predomínio do grande capital em processo de financeirização, dedicava-se cuidadosa e longamente a definir papéis para o Estado, estabelecendo as políticas econômicas e sociais de sua conveniência. Ao menos a metade do livro, de mais de trezentas páginas, especifica o perfil do Estado então proposto, assim como as políticas almejadas (Fiesp, 1990; Martins, 2007: 189 segs.). Ao listar a atuação "pedagógica" de que deveriam se revestir, mencionavam que "as organizações empresariais – sindicatos, federações, confederações e associações (...) *precisarão liderar um pesado investimento na formação de pessoal em administração de conflitos*" (Fiesp, 1990: 270, grifo meu). A intenção burguesa de reduzir a democracia a seu aspecto gerencial era explícita, permitindo compreender sua atuação conjunta em numerosas frentes.

Fernando Henrique Cardoso atuaria, pois, sob a batuta empresarial,[2] seguindo a pauta proposta, ainda que com ajustes em virtude de escândalos, de disputas internas ao próprio empresariado e de resistências populares (entre as quais vale lembrar a manifestação realizada durante as comemorações oficiais da colonização do país por Portugal, em 2000).

Tratava-se de limitar estritamente o sentido do termo 'democracia', apagando os componentes socializantes de que se revestira e convertendo-a para um significado único: 'capacidade gerencial'. Toda e qualquer formulação anti-sistêmica ou tentativa de organização dos trabalhadores como classe social deveria ser desmembrada e abordada de maneira segmentada: admitia-se o conflito, mas este deveria limitar-se ao razoável e ao gerenciável, devendo seus protagonistas admitir a fragmentação de suas pautas em parcelas 'administráveis'. Para os renitentes, a repressão seria feroz (como foi o caso da extrema violência contra o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra – MST – ao longo das duas gestões FHC, apoiada e estimulada pela mídia).

O período FHC (1995-2002) caracterizou-se, portanto, pelo ataque concertado (o eufemismo 'concertação social' o designava) aos direitos sociais e, sobretudo,

---

2 Vale lembrar que nesse período ocorreu a ascensão de uma renovada e agressiva parcela de setores sociais médios (os 'novos banqueiros' do período FHC, cf. Guiot, 2006) ou sindicais (os sindicalistas gestores do grande capital, cf. Garcia, 2008 e Oliveira, 2003) para cumprir os papéis subalternos da expansão dos setores financeiros.

às organizações mais combativas dos trabalhadores, seja de maneira abertamente violenta contra entidades de trabalhadores que resistiam (caso, por exemplo, do sindicato dos petroleiros), pela permanência e aprofundamento da truculência policial, como pela violência indireta – privatizações a toque de caixa e estímulo às demissões. À violência somava-se uma nova "pedagogia da hegemonia" difundida pelas entidades empresariais e governamentais, abrangendo o universo sindical, escolar (em todos os níveis), igrejas, entidades associativas e culturais e praticamente toda a mídia, agindo intensamente para espraiar a dinâmica do capital em todos os espaços organizativos. Obra coletiva coordenada por Lúcia Neves define este processo como uma reconfiguração do neoliberalismo – agora de terceira via – e mostra sua atuação coordenada para captar corações e mentes, forjando uma sociabilidade peculiar (Neves, 2005). A realização de uma extensa e profunda remodelação do Estado tornava claro o que estava em jogo na campanha anti-Estado, ao fomentar uma expansão seletiva da sociedade civil voltada para desmontar pelo interior as organizações populares, assegurar novos setores de atividade capitalista que precisavam gerenciar a força de trabalho desprovida de direitos e expandir a direção dessa burguesia altamente concentrada sobre o conjunto das atividades sociais (principalmente aquelas voltadas para cultura).

A suposição do esmagamento da classe trabalhadora sob o peso de tal ataque capitaneado pela burguesia e adotado pelo governo FHC não é de todo equivocada, embora seja limitada. Ora, a expansão do capital para fazer frente à crise dos anos 1980 e ao avanço das lutas sociais reconfiguraria a própria classe trabalhadora, num movimento característico da dinâmica capitalista. Desde 1994, Jaime Marques Pereira observava que

> o setor informal é hoje considerado uma *fonte de riqueza, um potencial inexplorado de empregos e de rendas* mesmo que o aumento considerável de famílias condenadas a reduzir suas expectativas e meras estratégias de sobrevivência seja, provavelmente, uma das principais causas do crescimento da economia informal. (Pereira, 1994 *apud* Gohn, 2004: 296, grifo meu)

O fim apregoado do mundo do trabalho se limitava à redução drástica dos empregos com direitos e a enorme intensificação da exploração dos trabalhadores (Antunes & Silva, 2004), resultado das intensas expropriações sociais em andamento (Fontes, 2005, 2008).

Estava em curso uma redefinição da classe trabalhadora e do terreno no qual se travam as lutas de classes, que transbordavam dos espaços até então demarcados – em especial o sindicalismo – para todas as formas associativas, embora sob o

crescente envolvimento direto empresarial. Foi simultaneamente um processo 'reativo do conjunto da burguesia', diante do crescimento dos movimentos sociais (e, em especial, dos movimentos rurais, explicitamente mencionados no programa da Fiesp, à página 270) e da ameaça em que poderiam se converter CUT e PT caso os setores fiéis à agenda socializante que ainda atravessava extensos segmentos sociais assumissem sua direção, e 'invasivo', correspondente à expansão da grande burguesia monopolista, crescentemente financeirizada (expandindo a extração de mais-valor para novas formas laborais, sob a pressão da dinâmica competitiva impulsionada pela financeirização internacional), coligada (ou não) ao grande capital internacional, mas por ele direcionada. Introduziam-se padrões de sociabilidade de novo tipo, que 'incluíam agora o custo empresarial para administrar conflitos', imiscuindo-se nas mais variadas entidades organizativas, redefinindo a composição da sociedade civil em suas reivindicações e em sua articulação com o Estado. Embora contando com um projeto explícito, não se pode dizer que seu formato final já estivesse integralmente ali contido: este dependeria da forma histórica (isto é, do resultado dos conflitos então exacerbados). A concentração de capitais então impulsionada, em sua contraface, expandia as relações sociais 'necessárias para o capital': produção em massa de trabalhadores totalmente dependentes da venda de sua força de trabalho sob quaisquer condições, criando um ambiente de novo tipo para a reprodução ampliada desse mesmo capital, o que produziria novos efeitos sociais. Trazia também uma remodelação da composição e da atuação burguesas, em sua dinâmica interna e externa, em virtude das condições cambiantes da luta social. O eixo unificador burguês residia – e permanece residindo – no binômio 'defesa da propriedade (segurança)', assegurando o movimento de gigantescas massas monetárias em busca de expansão e 'controle permanente, através da persuasão e do apassivamento dos setores populares (alívio à pobreza)' sem, no entanto, abrandar a truculência repressiva. A grande novidade brasileira era sua efetivação sob o formato representativo-eleitoral.

Essa expansão de relações sociais capitalistas teria ritmo e extensão diferenciados, em virtude de sua capacidade de agregar – isto é, transformar, deformar e converter – expressivos segmentos organizados dos trabalhadores, cuja dinâmica deveria ser emasculada de seu potencial emancipador. Em outros termos, o processo implica e resulta em intensa luta de classes. O conjunto díspar das lutas populares remanescente da década de 1980 foi capaz de impor temas (como o da participação e do combate às desigualdades), mas sofreu golpes assestados de seu próprio interior. E isso tanto prática quanto intelectualmente.

O tema da 'sociedade civil', cujo papel crescera na década de 1980, se tornaria central nos anos 1990, recoberto dos mais variados sentidos e embutia dois momentos consecutivos. No primeiro, o esvaziamento do ímpeto socializante que ainda continha, derivado das lutas da década anterior. No segundo, a subalternização de uma enorme miríade de entidades ao predomínio das fundações e associações empresariais "sem fins lucrativos", por meio da responsabilidade social empresarial.

Desde muito precocemente, calcados na definição clássica liberal, governo e empresariado utilizaram o atributo – 'ser não governamental' – como símbolo de virtude social, ainda que atuassem valendo-se do próprio âmbito governamental. Na década de 1990, esse seria o mote central. Para esse processo, muito contribuiria a expansão de uma grande diversidade de ONGs no mesmo período.

Da Cidadania da Miséria à Miséria da Cidadania

Formas associativas internacionais ou cosmopolitas já têm uma longa história; a expressão Organização Não Governamental nasce no pós Segunda Guerra Mundial no cenário internacional (Ryfman, 2004: 18). Entidades similares existiram no Brasil desde então (Pereira, 2003: 21-45). Na década de 1980, atuando como "apoiadoras" de movimentos sociais, introduziriam nova ambigüidade para a compreensão da relação entre lutas sociais e classes sociais.

Se até 1988 o Estado remanescente da ditadura (e seus aparatos) estavam sob o alvo de duríssimas e legítimas críticas, não perceber a estreita e íntima correlação entre sociedade civil e Estado apagava o vínculo já tradicional entre ele e os aparelhos privados de hegemonia dos setores dominantes. Principalmente, dificultava a coesão necessária para a realização de lutas universalizantes, cuja viabilidade depende fortemente de uma estreita correlação entre os diferentes aparelhos privados de contra-hegemonia. Conquistas universalizantes supõem uma organização da luta (o papel do "novo príncipe", segundo Gramsci, qualquer que seja o seu formato organizativo) capaz de ir além do horizonte imediato e de traduzir em projetos coletivos, de classe, universais, o que de outra forma se apresenta como demandas desagregadas, pontuais e individualizadas ou, no máximo, corporativas.

A recusa ao reconhecimento de vínculos de classe por uma seleta parcela das ONGs do campo popular se iniciara desde a década de 1980. Não foi a redução numérica da classe operária de base industrial que a ocasionou, nem o ataque concertado que sofreria o conjunto da classe trabalhadora. Ao contrário, a redução da

capacidade organizativa contra-hegemônica alimentada por elas desde o período anterior favoreceria o ataque empreendido aos direitos dos trabalhadores. Desqualificando os meios teóricos para compreender o fenômeno de remodelação da classe e das arenas de luta, adotaram – também retoricamente – uma 'novilíngua' da qual desapareceriam as referências às classes sociais, embora conservassem alguns dos grandes temas populares (Arantes, 2000). Por meio de enormes e bem-sucedidas campanhas, adensaram o viés filantrópico e favoreceram, em contrapartida, sua incorporação midiática. Contribuíram decisivamente – ainda que com o coração partido – para o sucesso do desmonte dos direitos universais, a cujo espólio se candidataram a gerir, apresentando-se como as gestoras mais confiáveis dos recursos públicos. Compreendendo ou não o que faziam, com boa ou má vontade, abriram o caminho para o empresariamento da solidariedade, do voluntariado e para a formação de uma nova massa de trabalhadores totalmente desprovidos de direitos, ao lado do fornecimento de uma espécie de "colchão amortecedor" (Coutinho, 2004).

A realização da a Conferência Mundial para o Meio Ambiente e Desenvolvimento (ECO-92) no Brasil, e a simultânea Conferência da Sociedade Civil sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento estimulou a prévia constituição da Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais (Abong), em agosto de 1991, congregando em torno de duzentas entidades, entre as quais figuravam as maiores e mais conhecidas ONGs no Brasil, grande parte com fortes vínculos religiosos, sobretudo católicos. A Abong procuraria, ao longo da década, qualificar-se como a principal porta-voz da 'sociedade civil' brasileira, valorizando uma concepção de autonomia definida vagamente pela inexistência de vínculos governamentais (mas cristalizada como forma associativa distante de qualquer referência às classes sociais), contribuindo para o apagamento retórico da classe trabalhadora, reduzida às suas instituições 'legais' (especialmente sindicatos e centrais).

O universo das ONGs é extenso, multiforme e vago. Vou me concentrar, neste artigo, na Abong, a mais reconhecida porta-voz das ONGs no Brasil. Convencida de sua abrangência nacional, da qualidade "moral" de suas integrantes e fortalecida em sua representatividade, a Abong se erigiria na mais visível interlocutora (do governo, das entidades internacionais, das universidades) para assuntos ligados à sociedade civil. Nossa ênfase nessa entidade – e em suas associadas – reside no fato de que procurava manter-se próxima ao campo popular, numa posição que procurava definir como democratizante e por reunir as mais conhecidas ONGs – as chamadas King ONGs, como Federação de Órgãos para Assistência Social e

Educacional (Fase), Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase), Instituto de Estudos da Religião (Iser), além de entidades com horizontes diversos, como o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), o Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec), Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (Cepia), Grupo Afro Reggae, entre outras. A Abong aprofundaria a idealização "virtuosa" da sociedade civil iniciada nos anos 1980, com forte viés filantrópico (miséria e pobreza eram temas freqüentes) e, ao adotar o papel de "associação das associações", sua defesa das ONGs extrapolava amplamente o espectro de suas associadas.

Além disso, eventualmente denunciava o papel do grande capital, sabedora do risco de uma integração subalterna por meio dos acordos com agências internacionais (como o Banco Mundial). Simultaneamente, exigia o acesso aos recursos públicos para as ONGs – reivindicação formulada de maneira genérica, confortando seu papel de representação de todas as ONGs, assegurando sua visibilidade – e organizava campanhas, apoiadas em argumentos gerenciais, de segmentação dos "serviços sociais" em prol de suas afiliadas. Acreditava estar ampliando, mas sustentava o desmantelamento de direitos. Embora inicialmente próxima – ela e boa parte de suas associadas – ao PT, procurou sempre demonstrar ciosamente sua "autonomia" e profissionalismo. Sua "marca" popular auxiliava sua difusão entre setores do PT, fomentando resolutamente as iniciativas "cidadãs" então realizadas em conjunto com sindicatos filiados à CUT e mesmo à FS. Admitia a interlocução e a "parceria" com qualquer setor social (ou sua expressão partidária ou governamental), integrando as iniciativas do governo FHC, como a Comunidade Solidária.

As ONGs – e a Abong – em que pese a diversidade de atuação de suas afiliadas (ecologia e defesa do meio ambiente, Aids, gênero, etnia, movimentos sociais rurais e urbanos, centros de estudos) nutriam-se de uma importante herança: a agenda contra-hegemônica estabelecida pelas lutas populares da década de 1980, que avançavam sobre questões estruturais, especialmente nos temas da desigualdade social; da recusa do peso social das dívidas (externa e interna), denunciando a remessa de recursos para o exterior e sua não-aplicação em políticas públicas nacionais; da manutenção de expectativas e reivindicações populares pela efetiva universalização do acesso aos serviços essenciais (saúde e educação), e da exigência de maior participação popular na formulação das políticas públicas.

As reivindicações socializantes foram subordinadas pelo PT a uma vaga definição de democracia, mas conservavam forte perfil igualitário e envolviam o

desmonte do controle patronal sobre o Estado. Subsistia uma valorização simbólica dos trabalhadores, apesar da confusão semântica que se expandia, em primeiro lugar, pela redução retórica do universo dos trabalhadores à sua representação oficial (CUT e FS); levando a considerar os desempregados e os novos “sem-direitos” como “excluídos”. Essa redução era ainda reforçada, sobretudo pela mídia, pela desqualificação dos setores sindicais combativos nos pólos de conflito social (apresentados como radicais ultrapassados, avessos à negociação), pelo elogio e apoio ao sindicalismo responsável (o peleguismo convertido em virtude), ao lado do reconhecimento discursivo e pragmático da importância da participação dos trabalhadores nos locais de trabalho e nos fóruns de decisão, redução coroada pela onipresente menção condoída aos desempregados (Fontes, 2005).[3]

O processo de desmantelamento e de deslocamento do papel das organizações contra-hegemônicas se inicia em períodos anteriores. Desde o final dos anos 1970 generalizara-se nos países centrais a neutralização dos antigos centros intelectuais que, crescentemente, abandonavam projetos sociopolíticos de transformação radical, restringindo-se a atividades mais pontuais e defendendo-as como a única maneira possível de luta. Estimulava-se um processo de desengajamento de projetos unificados de luta e ampliavam-se – aberta ou silenciosamente – intervenções cosmopolitas de cunho filantrópico, voltadas para os “pobres do mundo”, apoiadas no ‘benevolato’ ou no trabalho voluntário, ao lado da institucionalização de lutas específicas, sobretudo ambientalistas e feministas. Os *think tanks* e fundações empresariais estadunidenses, acompanhados de seus congêneres europeus, estendiam sua atuação pelo mundo, absorvendo grupos locais, financiando projetos, supervisionando atividades, caso no Brasil, do Cebrap e, depois, de entidades integrantes do Fórum Social Mundial, co-patrocinada pela Ford Foundation. Essa cosmopolitização da atividade social e intelectual reiterava os comportamentos adaptativos e subalternos de parcela dos novos intelectuais recém-egressos dos cursos superiores, e configurariam novos espaços profissionais, crescentemente valorizados.

Nos anos 1990 havia no Brasil uma plêiade de Aparelhos Privados de Hegemonia (APH) com pesos e formatos organizativos diversificados, a começar pelo

---

3 A manutenção da agenda contra-hegemônica não é o alvo deste livro. Vale notar que o mais importante movimento social contra-hegemônico no período foi o MST, ao correlacionar permanentemente a desigualdade à ‘estrutura da propriedade no Brasil’, e em especial a propriedade da terra e do capital. Não estava sozinho, pois diversos setores sindicais permaneciam combativos, abrigados numa CUT em processo de hegemonização pelas correntes e setores mais adaptados aos novos ventos, assim como diferentes movimentos sociais populares permaneceriam refratários à agenda da terceira via.

controle quase monopólico dos meios de comunicação, nos quais predominava de maneira inconteste a Rede Globo. Uma parcela recém-constituída desses APH se anunciava claramente como acoplada à classe social que lhe dava origem – os de base direta e imediatamente empresarial. Entidades como a efêmera e brutal União Democrática Ruralista (UDR), como o Pensamento Nacional das Bases Empresariais (Bianchi, 2001), Instituto Ethos ou a Fundação Abrinq (Martins, 2007), ou a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB) (Mendonça, 2006), a título de exemplo, tinham clareza de seu local social. Como de praxe, como o fizeram as entidades empresariais e suas antecessoras, denegavam a existência de classes sociais e procuravam se apresentar seja como a expressão de uma "neutra" racionalidade econômica e de promoção do desenvolvimento, seja como a defesa intolerante da propriedade e de seus privilégios ou, ainda, como a face moderna e "civilizada" do empresariado brasileiro. Dispunham de meios e de recursos monetários e prepararam-se para "administrar os conflitos". Disputariam, palmo a palmo – dispondo de fartos recursos –, os conteúdos dos termos sociedade civil e democracia, e o fariam pela criação de novas entidades ou do financiamento a projetos por eles previamente selecionados. A partir de 2000, teriam a companhia e a assessoria do Banco Mundial, confortando ainda mais sua atuação (Garrison, 2000).

Peculiar é que entidades, como as ONGs que se propugnavam "apoiar", "assessorar" os movimentos populares, tenham secundarizado a reflexão em termos da concentração de capitais, da composição da extração de sobretrabalho, das formas de subalternização no conjunto da vida social. Contribuições empresariais dispostas a apoiar suas iniciativas pontuais eram bem-vindas, consideradas como expressão de democratização, esta cada vez mais limitada à gestão eficiente de recursos em situação de urgência imediata. O deslocamento classista que tais financiamentos impunham, se acompanhava pelo abandono da classe trabalhadora no discurso, no pensamento e na prática. Sua permanência na vida social – a começar pela evidência gritante da vitalidade das classes dominantes – não parecia mais constituir um problema a averiguar.

Um dos mais acirrados combates – aberto ou dissimulado – envolveria os temas que as demandas populares incrustaram na agenda pública (no Estado, em sentido restrito, e na tensa conexão entre sociedade civil e sociedade política, em sentido amplo).

Da desigualdade à pobreza 'excluída': a nova pobretologia[4]

Se as desigualdades brasileiras eram por demais evidentes para serem negadas, seriam agora sistemática e reiteradamente imputadas à incompetência e à ineficácia governamentais. Esses termos foram exaustivamente empregados para questões, setores sociais e alvos diferentes uns dos outros. Foram repisados de maneira sistemática, por exemplo, por um dos mais importantes canais educativos da atuação burguesa na década de 1990, o complexo de publicações da Editora Abril, com ênfase para as revistas *Veja*, *Nova Escola* e *Veja em Sala de Aula*, repetidoras incansáveis dos padrões do grande capital e de seus pontos de vista (Silva, 2005; Gentil, 2003). Vale lembrar que a então primeira dama, Ruth Cardoso, integrou o Conselho Curador da Fundação Victor Civita, que publica a revista *Escola*. A causa primordial, atribuída ao Estado, por diferentes aparelhos privados de hegemonia dos setores dominantes, era amplificada pela mídia e traduzia a nova tática do capital: expunham cruamente o mal-estar real que existia entre a população. Apagava-se a seletividade das políticas públicas, a diferença entre as diversas agências no interior do Estado (poupavam as "modernas" e que correspondiam a seus próprios interesses, aliás infinitamente melhor aparelhadas do que as voltadas para o atendimento à população em geral) e o seu próprio papel no interior deste. Atribuir todas as causas à incompetência genérica do Estado brasileiro permitia ressaltar o novo foco – gerenciar de maneira privada, concorrencial e lucrativa políticas públicas voltadas para a maioria da população. Incompetência e ineficácia também imputadas aos funcionários públicos, acusados de deformações por estarem distantes da concorrência no mercado de trabalho. Ainda que esse argumento fosse brandido genericamente, voltava-se em especial para as empresas que os grandes capitais procuravam abocanhar – as telecomunicações, siderúrgicas, educação, saúde – e estimulavam um novo padrão de gerenciamento – de cunho mercantil, voltado para o imediato e rentável – para as políticas públicas.

A incompetência e a ineficácia eram, ainda, atribuídas aos próprios trabalhadores. Deslizava-se assim do terreno da produção política do desemprego em massa e de suas conseqüências sociais para o terreno economicista da inevitabilidade tecnológica do fim do "trabalho", elevando a "empregabilidade" ao estatuto de atributo essencializado.

---

4 O termo foi tomado de empréstimo a Pereira (2008), que apresenta detalhadamente a expansão do tema com base na atuação do Banco Mundial.

A Abong integraria essa dinâmica pela ênfase na formação e na capacitação dos movimentos sociais e de sua "clientela" (outras ONGs menores), de forma a facilitar sua inserção no mercado, "assessorando" e "formando" setores populares tendo em vista garantir "geração de emprego e renda" ou a "minorar" a pobreza, em prol de formas mais ou menos alternativas de "desenvolvimento". Um dos argumentos nos quais se centraram para defender suas próprias atividades seria exatamente o de eficiência e eficácia na aplicação de recursos públicos, credenciando-se para captá-los, aplicando-os de forma mais "eficiente" e "competente" do que os órgãos públicos.

Duas campanhas foram emblemáticas para a transição entre as referências anticapitalistas que subsistiam e a instauração de um perfil indistinto adotado por grandes ONGs. O Movimento Ética na Política exigiu a destituição do governo Collor e contou com intensa mobilização popular. Embora voltado para alvo diretamente político, eximia-se da perspectiva de organização de classes, limitando-se a uma abordagem moralizante. Após o *impeachment*, dele se desdobraria a Ação da Cidadania (1993), agora com caráter emergencial e propositivo, que se converteria em Ação da Cidadania Contra a Miséria e pela Vida (Gohn, 2004: 306) e que experimentou enorme sucesso. Foi capitaneada por Herbert de Souza, o Betinho, por intermédio do Ibase, então uma das maiores ONGs do país. Balizada num registro 'fraterno' que lhe permitia 'furar' o bloqueio dos meios de comunicação, a campanha procurava mobilizar todos os setores sociais. Constituindo uma grande frente, chegou a contar com milhares de núcleos, espalhados em todo o país e a recolher (e distribuir) grande quantidade de donativos.

O impacto da campanha foi enorme. As questões de profundo impacto emocional e cultural (proclamadas como éticas e morais) que assumiam a frente do cenário social estavam apoiadas em forte sentimento popular, e transbordavam os canais sindicais e parlamentares, inclusive com a instauração de comitês da cidadania. O direcionamento da campanha evitou cuidadosamente enraizá-la nos elementos contra-hegemônicos, o que exigiria denunciar as expropriações em curso (e não apenas apiedar-se diante de seus efeitos), insistindo para assegurar uma 'participação de todos' – sobretudo dos novos empresários com perfil moderno, como o PNBE – que desconsideravam as clivagens de classe. Assim, a campanha permitiu à nova tática burguesa de "administração" de conflitos acelerar o trânsito da demanda de igualdade para o terreno da "inclusão".

As ONGs recusaram-se à construção de uma diretriz contra-hegemônica, o que implicaria certamente uma modificação do alcance imediato da campanha,

pela rejeição que provocaria em alguns de seus integrantes. Sobretudo, arriscaria bloquear o acesso ao empresariado, aos órgãos e recursos públicos e, finalmente, à grande imprensa.

A proposição de gestão privada de recursos públicos assumiria sua plena feição ao ser encampada pelo mundo empresarial, com a formação de entidades similares. Novamente as ONGs – e a Abong – amaciariam a resistência popular pelo seu próprio exemplo, adaptando-se de maneira flexível e pragmática aos novos tempos. Ao basearem a defesa de sua posição como entidades 'privadas, mas sem fins lucrativos', buscavam explicitamente credenciar-se a gerenciar de forma mais flexível e rentável as políticas públicas, propondo um fictício terceiro setor, que se imagina "nem mercado, nem estatal" (ver a excelente crítica realizada por Montaño, 2002). Rubem Cesar Fernandes, ligado ao Iser e ao Viva Rio (posteriormente alcunhado de Viva Rico, admitia o crescimento da concorrência entre as ONGs, naturalizando sua interpenetração com bancos privados, hotéis interessados em expandir o turismo, agências multilaterais (citando explicitamente a Organização Pan-Americana da Saúde [Opas] e a Organização Mundial da Saúde [OMS], ligadas à saúde), empresas multinacionais, marketing, políticos eleitos e movimentos sociais. Elogiava essa "tendência de romper barreiras anteriormente insuperáveis, que definiam alianças e oposições em termos de grandes divisões partidárias e ideológicas." Para ele, tais exemplos "evidenciam também a busca de formas interativas mais leves e circunstanciais, capazes de expressar um sentimento difuso de urgência no enfrentamento dos problemas socioinstitucionais" (Fernandes, 1994: 134-5).

Ao longo dos anos 1990 a pobreza seria alçada à grande urgência genérica no Brasil, essencializada e reificada – quantificava-se os pobres, mas esquecia-se da produção social de expropriados, disponíveis para qualquer atividade remunerada mercantilmente. A própria atuação governamental – em estreita relação com os aparelhos privados de hegemonia de base empresarial – enfatizaria abertamente o tema da pobreza, por meio de uma série de pesquisas realizadas pelo Ipea.[5]

---

5 Uma das mais divulgadas foi realizada por Sonia Rocha, economista que foi consultora do Banco Mundial para o estabelecimento de linhas de pobreza para o Brasil com base na Pesquisa de Orçamentos Familiares de 1987-1988 (quando trabalhava no Ipea), e para a realização de estudos de incidência e caracterização de pobreza utilizando estes parâmetros. De 2002 a 2005 foi coordenadora de projetos do Instituto Brasileiro de Economia, da Fundação Getulio Vargas, responsável pela avaliação de projetos sociais financiados pelo governo americano em quinze países da América Latina. Atualmente, integra o Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (Iets), Fasfil que se apresenta como *think-tank* "independente, de interesse público, plural, multidisciplinar, dedicado ao diagnóstico, avaliação e desenho de estratégias destinadas

Longas discussões ocupavam os jornais sobre a definição de uma "linha de pobreza" e sobre a quantificação dos "pobres" no país, tendo chegado a alterar, inclusive, a construção de indicadores sociais em órgãos relevantes como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), relegado a um segundo plano pela associação direta entre o Ipea (órgão ligado à Presidência da República) e as ONGs. As metodologias de construção de indicadores mais amplos, que predominavam no IBGE seriam substituídas em razão da

> preponderância de uma dessas agências no campo da produção/disseminação dos indicadores de mensuração da 'pobreza' focalizados: o Ipea. É a seus quadros que pertence a maioria dos especialistas no tema, bem como é dele que emergem alguns dos mais importantes especialistas/gestores da 'pobreza' no nível do Estado em seu sentido restrito. A recente criação da Rede-Ipea [congregando entidades públicas, associações profissionais e ONGs] é o maior exemplo dessa imbricação entre um dado aparelho de hegemonia e o Estado, cujo produto, para além da disseminação – via mídia e o próprio campo acadêmico – da percepção do fenômeno que se pretende efetivar, traduz-se na possibilidade de subordinação de agências congêneres aos ditames dessa instituição. (Mendonça, 2000: 298)

Os novos indicadores reduziam e nivelavam as noções de "questão social" e "pobreza", implantavam uma poderosa ferramenta de naturalização da pobreza, apagando do fenômeno seu caráter de classe e anulando as reais causas da pauperização (Mendonça, 2000: 296). Foram sobretudo

> construídos com o intuito de impedir qualquer tentativa de compreensão da totalidade social, já que tratam – isto é, "isolam" – a pobreza como um *fato* e não um *processo*, como um *estado* e não o produto de uma *relação social*, produtora de *desigualdades*, com a *pobreza e a desigualdade sendo tratadas como categorias distintas* contribuindo para o apagamento desta última" (Mendonça, 2000: 297)

O fenômeno da pobreza, recortado da totalidade viva social e convertido em objeto de análise promovia uma homogeneização da realidade pelo abuso de indicadores, o que "subsidiava uma das faces da legitimidade de um novo pensamento tecnicista e tecnocrático que, sob o manto da aparente neutralidade científica – conferida pela objetivação – referendam um importante instrumento político na disputa pela hegemonia" (Mendonça, 2000: 298).

---

ao desenvolvimento, numa perspectiva inovadora. Entre nossos associados estão professores, pesquisadores, empresários, jornalistas, formuladores e gestores de política, lideranças sociais de diferentes tendências e instituições". Disponível em: <http://www.iets.org.br/rubrique.php3?id_rubrique=1>. Acesso em: 23 maio 2008.

A disputa ocorria também no terreno intelectual e se traduzia no confronto entre a explicitação da produção acelerada de desigualdades em curso e a construção de uma pobreza essencializada. A atuação conjunta (governo FHC-empresariado) procurava incorporar, aproximar as organizações e entidades que ainda mantinham relações com o campo popular, chamadas a participar da elaboração de tais indicadores, difundindo as "competências técnicas" para a gestão social do fenômeno. O tema da pobreza seria ainda acoplado por uma outra designação, que aprofundava a descaracterização das relações sociais – a "exclusão social".

O eixo mercantil-filantrópico não se desfez, mas se subordinaria a um programa, agora de terceira via (e de terceiro setor), forjando e difundindo uma "virtude cidadã" que destroçava direitos em nome da urgência e da miséria.

Auto-referenciadas como integrando o terreno popular, a maioria dessas ONGs já havia abandonado qualquer reflexão em termos de classes sociais, aceitando as novas proposições de subalternização da participação popular, reduzida à dimensão unilateral da pobretologia e desprovida de sentido histórico e transformador como se resultassem de uma "vitória", como "avanço" social. Deslizavam para a órbita da dominação financeira e da hegemonia patronal.

Abertura Internacional e Cosmopolitismo

Outro ponto de deslizamento foi o teor magnetizante do programa neoliberal brandido pelos setores patronais – capitaneados pelo setor financeiro e por conglomerados internacionalizados – de incorporação imediata aos ditames da "globalização", pela abertura de mercados. As reclamações recorrentes contra o fechamento do mercado brasileiro martelavam sempre os mesmos temas: a desqualificação das "autarquias", a má qualidade do serviço público, acrescidas por vezes da denúncia da incompetência de empresários "protegidos" pelo Estado. Fernando Henrique Cardoso e Bresser Pereira, cujo cosmopolitismo intelectual facilitava a adesão incondicional aos ditames internacionais (ainda por cima amparados pelos grandes setores nacionais), foram dois de seus principais elaboradores e implementadores. Se essa proposta de abertura (termo que ainda conservava sua conotação positiva, ligada ao recente processo de restabelecimento de um Estado de direito no Brasil) tinha alvo preciso, a desregulamentação financeira e do mercado de trabalho era propagandeada como uma revolução na vida cotidiana, enfim aberta para as novidades – de consumo e de comportamento – disponíveis no mercado internacional.

Ora, os novos profissionais que viviam de "apoio e assessoria" aos movimentos sociais, deles se afastariam ainda mais, construindo um dique em torno de sua "autonomia". Tornavam-se "parceiros" de organizações similares ou de agências internacionais do capital. Diferindo um pouco segundo os períodos, a formação de ONGs teve uma forte marca cosmopolita. Inicialmente, no final dos anos 1970 e início dos 1980, a relação entre ex-exilados e fontes internacionais de financiamento assegurou a constituição de uma boa parte das ONGs. Em seguida, o estreito relacionamento com as agências internacionais de financiamento, sobretudo religiosas, abriu caminho para a aproximação com congêneres internacionais e com diferentes instâncias de agências internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU); o acompanhamento de reuniões e de fóruns internacionais (desde reuniões com o Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento – Pnud – e, na seqüência, acompanhando o ciclo de fóruns sociais organizado pela ONU) reforçava um perfil de profissionais-"militantes" fortemente marcados pelos contatos internacionais (Landim, 1993).

O avanço das novas expropriações capitalistas não ocorria apenas no Brasil (Harvey, 2004), incidindo de maneira desigual inclusive sobre os países centrais. A classe trabalhadora em processo de reconfiguração, posta em concorrência aberta no cenário internacional, não elaborara organizações capazes de reconfigurar também suas formas de luta. Lá como aqui, formas dispersas de luta popular abrigaram-se sob o rótulo genérico de ONGs. O Ciclo de Conferências Sociais da ONU, na década de 1990, admitiu a participação de entidades associativas, filtrando e catalisando setores da sociedade civil em ambiente cosmopolita, distanciando-as de reivindicações internacionais voltadas para os novos conteúdos de classe no plano internacional. O mesmo ambiente aproximava-as de novas fontes empresariais de recursos e do financiamento de seus Estados de origem.

A relação das ONGs no Brasil com os moldes e comportamentos neoliberais da 'globalização' não deve ser considerada de maneira linear, pois ora flertavam com os acenos internacionais, ora se assustavam com suas conseqüências. Na década de 1990 dependiam ainda fortemente de recursos provenientes do exterior, o que as induzia a formas de atuação específicas. Por sua inserção e intimidade em âmbitos internacionais, tendiam a valorizar e legitimar procedimentos de abertura política e cultural (nem sempre defendendo a abertura de mercado), incorporando os temas internacionais em suas pautas internas. Muitos de seus profissionais – cuja trajetória, como foi mencionada, derivava de militância originada em organizações partidárias ou políticas – aderiram precocemente à suposição de que o fim

da guerra fria se traduziria pelo mundo kantiano da paz perpétua cujo prenúncio seria uma idílica "sociedade civil planetária" (Grzybowsky, 1996 *apud* Pereira, 2003: 96-97). Ao mesmo tempo, porém, observavam que sua nova intimidade com agentes financeiros mundiais – em especial, o Banco Mundial – poderia resultar em sua instrumentalização.

Estado e Democracia

As contradições já estavam expostas no início dos anos 1990 e, em texto produzido em 1991 reconhecia que "as ONGs brasileiras se desenvolveram contra o Estado" (Souza, 1991: 7), mas porque este fora ditatorial, ao contrário delas que eram "honestas, competentes, pequenas, flexíveis e eficientes. Tinham todas as vantagens para substituir o Estado corrupto, incompetente, gigante, burocrático e ineficiente" (Souza, 1991: 5). Percebia que, por essas razões, o Banco Mundial procurava estabelecer "parcerias", levando-as a agir como substitutas do Estado e como ponta de lança do mercado e do grande capital. Se todas essas questões foram abertamente apontadas e o papel proposto pelo Banco Mundial era recusado (ao menos retoricamente), as conclusões permaneciam ambivalentes:

> o papel das ONGs na década de 90 é pura e simplesmente propor à sociedade brasileira, a partir de sua posição na sociedade civil, uma nova sociedade cuja novidade não estará no fato de ser brasileira, mas na condição e qualidade universal de ser democrática. (...) Uma sociedade capaz, portanto, de erradicar, como prioridade absoluta, a pobreza, a miséria e promover o desenvolvimento de si em toda sua diversidade e complexidade. (Souza, 1991: 10)

Ainda que o grande capital internacional (sem menção ao brasileiro) figurasse como uma espécie de pano de fundo diante do qual deveriam estar atentas tais ONGs, nesse documento não há mais nenhuma definição que as conecte a uma posição de classe. O próprio Banco Mundial – apesar das reservas – era admitido como um possível "parceiro", desde que aceitasse as condições a lhe serem "impostas". A retórica fazia a volta completa, invertendo o sentido das imposições. A questão social se cristalizava de maneira técnica e filantrópica (propõe-se erradicar a miséria e não alterar as condições sociais que a produzem). A questão nacional limitava-se a assinalar aspectos problemáticos da ingerência de algumas entidades internacionais, admitindo, porém, a lógica que as dirigia no âmbito interno.

A democracia seria um terreno precioso para a investida empresarial e das agências internacionais do capital, com ênfase para o próprio Banco Mundial. Sua

pauta exigia centralizar as eleições, reforçar as garantias da propriedade e aprofundar o "gerenciamento", inclusive dos conflitos, sendo o "alívio à pobreza" e a "segurança" as políticas norteadoras do Banco Mundial. Tratava-se portanto de, admitindo a existência da pobreza (separada das relações sociais que exacerbam as desigualdades), de incorporar de maneira subalterna entidades e associações populares, convocadas a legitimar a ordem pela sua participação na gestão de recursos escassos. As reivindicações populares seriam canalizadas, por exemplo, pelos Orçamentos Participativos que teriam forte papel pedagógico. Fruto de reivindicações populares pelo controle efetivo dos orçamentos públicos, resultariam na sua agregação à institucionalidade vigente, bloqueadas economicamente e subalternizadas politicamente.

As ONGs, instadas no cenário institucional (e financiador) a integrar-se a tais instâncias, eram incansáveis na reafirmação de sua total desconexão com as dinâmicas organizativas de cunho classista. Este procedimento, apresentado como 'apolítico', desde os primórdios figurava em seus estatutos e propostas. No papel de representantes qualificados da "sociedade civil" brasileira, passaram a compor conselhos de Estado, entidades públicas e seriam convocadas, pelas agências internacionais, como observadoras e/ou como instâncias de controle para o uso de empréstimos internacionais. Essa inserção subalternizada, apartada das formas classistas e da problematização da dinâmica propriamente capitalista no Brasil, seria apresentada como o modelo fundamental para a participação popular e para o "controle" popular a ser exercido sobre as políticas públicas voltadas para a questão social, em especial na saúde.

Integravam o Estado, pela gestão direta de recursos públicos – o que permanentemente demandaram e conseguiram – e pela legitimação que ofereciam, por seu passado militante, ao deslocamento das ações de cunho social do âmbito de políticas universais para o de sua gerência privada, pela participação em instâncias oficiais. Distantes do chão social no qual se moviam as classes sociais, reduziam o horizonte de sua própria intervenção, adaptadas aos "novos" tempos e, sobretudo, adaptadoras. Aparelhos privados de hegemonia não se definem, em Gramsci, unicamente pela vontade de transformação (ou de conservação), mas pelos laços orgânicos que os ligam às classes sociais fundamentais. Desconectadas das classes trabalhadoras, e orgulhosas dessa desconexão, as principais ONGs que insistiam em considerar-se do campo popular reforçavam uma fala confusa e confusionista, na qual os termos utilizados perdiam toda a nitidez e clareza (Arantes, 2000).

Consolidavam a constituição de um espaço de reconhecimento social e de carreiras profissionais, com visibilidade social e política; confortavam consciências com uma atividade filantrópica e crescentemente segmentada; ao arvorar-se em "competências flexíveis" para agir em lugar do Estado, terminavam por acatá-lo como lugar necessário, mas ineficiente. Encontravam-se no âmago das concepções liberais, ainda que *à contrecoeur*. Nem sequer no discurso restava espaço para a superação do Estado, mas unicamente para sua existência como um "mal necessário", a ser minorado pela atuação eficiente – ainda que pontual – dessas novas entidades.

Uma vez realizado o papel de protagonizar a transição de uma pauta contra-hegemônica para uma nova pauta adaptativa, a Abong perderia relevância. A partir do século XXI o termo ONG se alastrava no cotidiano brasileiro, designando todo e qualquer formato associativo, inclusive agências intermediadoras de mão-de-obra.

Veremos agora um pouco mais de perto o peso das ONGs afiliadas à Abong na virada para o século XXI.

A Abong e a Sociedade Civil Brasileira em 2002

O terreno da "associatividade civil" supostamente ocupado pelas ONGs, tendo como porta-voz a Abong, se modificara completamente, em boa medida como resultado da própria atuação das entidades a ela filiadas. Em pesquisa do IBGE de 2003, realizada em parceria com o Ipea, com a própria Abong e, sintomaticamente, com o Grupo de Instituições e Fundações Empresariais (Gife), criado em 1995 para nuclear empresas e consolidar uma atuação empresarial "responsável", constatou-se um explosivo crescimento das Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos (Fasfil), crescimento em boa parte constituído por associações empresariais.

A definição das Fasfil, para efeito deste estudo, partiu da caracterização jurídica "sem fins lucrativos", mas do total de instituições deste tipo levou em consideração apenas as que fossem 'privadas, legalmente constituídas, auto-administradas e voluntárias' (isto é, cuja fundação e/ou associação é decidida pelos sócios). Tais critérios implicaram a exclusão de diversas entidades da sociedade civil e aparelhos privados de hegemonia, como as que integravam as rubricas de serviço social autônomo, entidades de mediação e arbitragem, partidos políticos, entidades sindicais e fundação ou associação domiciliada no exterior, entre outras (Brasil, 2003).

Entre 1996 e 2002, o número de Fasfil cresceu de 105 mil para 276 mil entidades. Essa ampliação, de 169 mil novas organizações, correspondeu a um crescimento de

157% no período. Qual seria a parcela ocupada pela Abong, que prosseguia indiscriminadamente falando em nome das ONGs, nesse universo associativo apresentado pelo IBGE? Em 2002, como fez periodicamente, a Abong elaborou e publicou catálogo, sugestivamente intitulado *ONGs no Brasil*, no qual traçava o perfil de suas associadas, quantificadas em 248 entidades (Abong, 2002)[6] e cujas principais áreas temáticas de atuação eram educação (52,04%); organização e participação popular (38,27%); justiça e promoção de direitos (36,73%); fortalecimento de ONGs e movimentos populares (26,02%); relação de gênero e discriminação sexual (25%); saúde (24,49%); meio ambiente (18,88%); trabalho e renda (18,27%); questões urbanas (10,71%); DST/Aids (10,71%); e arte e cultura (9,69%). Com base em formulários encaminhados às suas filiadas, a pesquisa da Abong admitia respostas múltiplas, razão pela qual não há totalização. Embora a entidade tenha participado da elaboração e também do levantamento realizado pelo IBGE, as duas pesquisas não se prestam facilmente à comparação. O presente trabalho, portanto, apresenta uma comparação apenas indicativa.

A pesquisa do IBGE identificava um total de 275.895 Fasfil. Destas, grande parte tinha caráter distinto das associadas à Abong, como as entidades voltadas para a habitação (em número de 322), para a Saúde (congregando também hospitais filantrópicos, com 3.798 entidades), educação e pesquisa (17.493 Fasfil, incorporando fundações de ensino superior, laicas ou religiosas), as entidades religiosas (com 70.446 entidades), assistência social (32.249 Fasfil) e associações patronais e profissionais (com 44.581 entidades).

Procurando as entidades com perfil mais próximo às ONGs pertencentes à Abong circunscrevi (com forte grau de arbitrariedade) temas como 'Meio ambiente e proteção animal' (1.591 entidades), 'Desenvolvimento e defesa de direitos' (45.161) e 'Outras não especificadas' (22.715), que somam 69.467 entidades, representando a Abong portanto algo como 0,35% dessas Fasfil.

Procurando reduzir o grau de arbitrariedade, desmembrei o item 'Desenvolvimento e defesa de direitos', o qual inclui 'Associações de moradores' (14.568 Fasfil), 'Centros e associações comunitárias' (23.149 entidades), que diferem das atividades das filiadas à Abong. Assim, mais próximos de seu campo de atuação, encontraríamos itens como 'Desenvolvimento rural' (1.031 entidades), 'Emprego e

6 O catálogo recebeu o apoio das seguintes instituições internacionais: The Ford Foundation; Organização Intereclesiástica para a Cooperação ao Desenvolvimento (Icco); W. K. Kellog Foundation; Evangelische Zentralstelle Für Entwicklungshilfe E.V.-EZE e Oxfam.

treinamento' (388 entidades), 'Defesa de direitos de grupos e minorias' (4.662 entidades) e 'Outras formas de desenvolvimento e defesa de direitos' (1.363), perfazendo um total de 7.444 Fasfil atuando em área similar à Abong. Desse total, a Abong representa 3,34% das entidades.

A pesquisa sobre Fasfil não averiguou orçamentos, recursos utilizados nem as fontes de financiamento. Já a Abong apresenta uma tabela, elaborada com base em 163 respostas fornecidas por suas afiliadas que especificaram valor de orçamento e percentual originado, por tipo de fonte de financiamento, em 2000 (Tabela 1).

Observa-se expressiva redução do montante assegurado pelas agências internacionais de cooperação: de 75,9% no orçamento total de 1993, essa rubrica caiu para 50,61%. Mesmo assim, continuavam assegurando a metade dos recursos com que contavam tais ONGs o que, decerto, lhes permitia certa desenvoltura no plano interno, mantendo o perfil cosmopolita. Não obstante, as agências de cooperação internacional passaram a consolidar (e a exigir) formatos de prestação de contas voltados para a "eficiência" na aplicação de recursos, estreitando o controle sobre as entidades financiadas na definição de suas atividades. Sujeitas a vigilância cada vez

Tabela 1 – Abong: fontes de financiamento e sua proporção no orçamento total

Fontes	nº de ONGs	Valor do orçamento R$	% sobre orçamento total 2000	% sobre orçamento total 1993
Agências internacionais de cooperação	116	70.182.947,73	50,61	75,9
Órgãos governamentais federais	63	10.404.145,74	7,50	–
Órgãos governamentais estaduais	38	8.227.083,58	5,93	3,2
Órgãos governamentais municipais	28	6.978.721,08	5,03	–
Empresas, fundações e instituições empresariais	43	5.806.643,74	4,19	1,8
Outras fontes de financiamento	52	5.528.660,75	3,99	5,0
Comercialização de produtos e serviços	71	5.313.436,52	3,83	6,9
Agências multilaterais e bilaterais	17	3.324.057,56	2,40	7,0
Contribuições associativas	38	2.458.266,56	1,77	–
Valor não especificado por fonte		20.435.898,43	14,74	–
TOTAL		138.659.861,16	100,00	100,00

Fonte: Abong, 2002: 17.

mais centralizada, eventuais brechas para atividades que diferiam do padrão dominante se viam severamente reduzidas ou eliminadas, estrangulando algumas entidades cuja atividade abrigava alguma resistência (Coutinho, 2004).

Simultaneamente, os recursos provindos de órgãos governamentais (federais, estaduais e municipais) cresceram de 3,2% em 1993 para 18,46% do total de recursos em 2001, traduzindo a substituição de políticas públicas pela atuação de aparelhos privados de hegemonia.

Quanto ao montante total de recursos, houve entre 1999 e 2001, um aumento em torno de 26% (de R$ 116,6 milhões para R$ 158,8 milhões), mantendo-se os gastos com pessoal (técnico, administrativo ou em atividades programáticas) numa proporção próxima a 40% do total do orçamento nas filiadas à Abong.

Houve enorme crescimento das Fasfil entre 1996 e 2002, porém não homogêneo, incidindo tanto no terreno no qual atuava a própria Abong, quanto exponencialmente no setor empresarial.

> No grupo de meio ambiente bem como no de desenvolvimento e defesa dos direitos, as entidades mais do que quadruplicaram nesses seis anos. As *associações patronais e profissionais aumentaram em três vezes e meia, passando de 13 mil entidades, em 1996, para 45 mil, em 2002*. Neste particular, destaquem-se as *associações de produtores rurais* que, em apenas seis anos, aumentaram seu número em cinco vezes e meia: eram 4 mil, em 1996, e passaram para 25 mil, em 2002. (Brasil, 2003: 43, grifos meus)

O número de entidades da Abong também cresceu no período de 1996 a 2002, passando de 225 afiliadas a 248, expressando 10% de incremento, muito inferior ao percentual apontado para as Fasfil. Se ampliarmos o período para 1994 (164 afiliadas) a 2001 (248 afiliadas), o crescimento foi de 37%, mas ainda assim não comparável à escala de crescimento das Fasfil congêneres, no interior das quais a Abong é ínfima parcela.

Levando-se em consideração a expansão do número de entidades no país, os dados sugerem uma intensificação da concorrência entre elas pelos fundos públicos. A Abong, diante disso, reafirmava mais uma vez sua "posição clara de exigir o acesso aos fundos públicos por parte das organizações da sociedade civil" (Abong, 2002: 17).

Quanto ao número de pessoas empregadas também há disparidades entre a coleta de dados da Abong, que discrimina todo o pessoal ocupado (CLT, autônomos, temporários, estagiários, terceirizados e outros), enquanto a pesquisa do IBGE discrimina apenas o "pessoal assalariado", sem maiores precisões. Comparar

esses dados pode produziu superestimação da participação da Abong no conjunto da força de trabalho ocupada. Mesmo assim, no âmbito das entidades selecionadas por similaridade com a Abong, esta representa 2,85% do pessoal empregado. Excluindo-se o item "outras formas de desenvolvimento e defesa de direitos", a participação desta sobe para 13,49%. No total geral do pessoal empregado diretamente pelas Fasfil, a Abong representa 0,03%, conforme os dados a seguir permitem inferir (Tabela 2).

O empresariamento se expandia na sociedade civil, amparado pela infeliz expressão "privado porém público" e subsumia a própria Abong. Não significou uma redução do Estado, mas uma 'retirada de poder das classes subalternas' do interior do Estado. A ampliação do Estado no Brasil permaneceria seletiva, agregando uma miríade de organizações dispersas, porém sob coordenação empresarial (de origem nacional ou não) 'e' governamental. Esse é um dos elementos mais cruciais a destacar nos dados da Tabela 2.

O conceito de público é um dos mais híbridos e escorregadios. Construído em oposição – e em complemento – a privado, tende a reafirmar a separação entre sociedade e Estado, típica do pensamento liberal, tanto em sua versão satanizadora (Leviatã) do Estado, quanto em sua feição angelical (o Estado como o sujeito racional do bem comum), como o único espaço de todos, coletivo, ao passo que as demais instâncias estariam marcadas pela propriedade individual. O enorme salto na concentração da propriedade, na virada para o século XXI, seria estendido a

Tabela 2 – Pessoal empregado para Fasfil selecionadas e Abong

Discriminação	Número de trabalhadores
Fasfil – Meio ambiente e proteção animal	3.006
Fasfil – Desenvolvimento rural	1.510
Fasfil – Emprego e treinamento	2.330
Fasfil – Defesa de direitos	14.911
Fasfil – Outras formas de desenvolvimento e defesa de direitos	15.313
Outras Fasfil não especificadas anteriormente	138.153
Total Fasfil selecionadas	175.223
Total Fasfil (todas as categorias temáticas)	1.541.290
Total Abong (incluindo todas as categorias de trabalhadores)	5.004

Fontes: Abong, 2002 e Brasil, 2003. Elaboração do autor.

inúmeros terrenos, permanentemente reexpropriados – o do conhecimento, o da própria vida, tanto em sentido biológico (patentes genéticas) quanto sociológico (apregoando uma vida "privada" isolada da sociabilidade, resultando na banalização de algo como "propriedade de si").

Sendo o Estado o momento mais "universal" da dominação de classes sob o capitalismo, as formas de organização anticapitalistas precisam alçar-se a um universal ainda mais efetivo, que incorpora o momento estatal, mas aponta para um horizonte radicalmente distinto (socialização/internacionalização e não apenas contraposição entre público e privado de maneira cosmopolita). Precisam enfrentar tanto as questões imediatas, tal como elas são aparentemente resolvidas no âmbito do Estado – as demandas mais imperiosas dos trabalhadores e subalternos, reformas convertidas em políticas públicas – quanto atacar os limites de sua administração neste âmbito.

A Abong contribuiu para reduzir a noção de público à de atuação sob urgência. Num primeiro momento, sob enorme pressão de movimentos populares e com a presença de um partido que aglutinava os trabalhadores e prometia converter essas demandas numa política comum, pública e universal, difundiu sua idealização, com a noção de público substituindo a socialização e o questionamento das formas concentradas de propriedade. Em seguida, apoiou a descaracterização de qualquer elemento universal, satanizando o momento estatal de conquista da luta popular. Finalmente, implantou-se num fictício e etéreo "espaço público" idílico, em que pese sua subalternização à dinâmica do capital.

A luta legítima pelo público é insuficiente sem o cunho socializante (igualitário) e sem a problematização das novas formas de propriedade e de formação dos trabalhadores que se desenvolvia no âmbito de um Estado crescentemente ampliado. Viu-se, portanto, contida *no* Estado e *por* ele, sob o predomínio do capital financeirizado.

A noção de público seria reduzida, com o apoio da Abong, a sinônimo de fonte pragmática de recursos a serem empregados conforme regras do mercado de captação de dinheiro, a um "público" (composto de consumidores de ações paliativas ou de novas ONGs). Para além da dimensão apassivadora, resultou em: a) novas dinâmicas no âmbito econômico e cultural que, apoiando-se na própria luta popular, utilizando seus próprios termos, os encapsula como forma de subordinação dos trabalhadores (empresariamento social); e b) na redefinição da força de trabalho.

A Abong e "suas" ONGs viram minguar seu papel, depois de obscurecer o que estava em jogo na sociedade civil e na vida social brasileira. Insistiam sobre a

importância de considerar a sociedade em toda a sua "complexidade" – mas deixavam de lado o elo central que permitia compreendê-la, sem o qual o termo é entendido apenas como infinidade de interesses aparentemente desagregados, mas unitariamente dependentes do mercado e, no caso da sociedade civil, do apoio empresarial.

Empreendedorismo e Expropriações:
cidadão pobre e voluntário oferece trabalho

A unificação realizada pela dinâmica capitalista atua em diferentes níveis, a começar pelo da existência imediata e concreta, para uma população expropriada de maneira brutal e colocada mais ou menos violentamente em situação de disponibilidade para o mercado (desempregada ou com contratos precários). Expropriada também de direitos, depara-se com o mercado como 'única instância comum a todos', dramaticamente homogeneizadora das necessidades sociais. Em paralelo, de maneira mais elaborada, essa unificação ocorre por meio da atuação do Estado, tanto pelas agências voltadas para a formulação das políticas cruciais para as frações concentradas e financeirizadas dominantes – como a blindagem dos ministérios econômicos, retirados do âmbito de qualquer escolha ou manifestação popular –, quanto valendo-se de sua diretividade para o conjunto de políticas sociais "em parceria" com setores privados de qualquer procedência. Porém isso não esgota de forma alguma os processos unificadores, expandidos pelas entidades empresariais (nacionais ou internacionais) e de suas conexões internas e com o próprio Estado, estabelecendo orientações comuns, restringindo e administrando eventuais dissensões internas. Numa palavra, difundindo sua diretividade social. Para essa unificação, é mais do que conveniente a fragmentação dos diferentes setores laborais, o fracionamento dos tipos de contrato, a expropriação de novas áreas (empresas públicas, direitos ou recursos naturais): ela é necessária.

Tanto o elo central – as relações sociais de exploração (isto é, a conversão de dinheiro em capital) – que nucleia as formas de dominação quanto as inúmeras mediações que ocorrem entre os processos "econômicos" e as vontades políticas, realizadas pela sociedade civil, dos aparelhos privados de hegemonia e das lutas contra-hegemônicas – desapareciam na novilíngua das ONGs, muito além do universo expresso pela Abong, submersas na unificação a que aderiram, a da reformatação da classe trabalhadora levada a efeito no Brasil.

A sociedade civil é arena de luta de classes e, portanto, do embate entre aparelhos privados de hegemonia e de contra-hegemonia no sentido do convencimento, da formação, da educação de quadros, de sua organização segundo horizontes e projetos de classe contrapostos. O papel cumprido pela indistinção que a Abong ajudou a imprimir entre as formas associativas – ONGs ou Fasfil – contribuiu discursivamente para apagar a existência de lutas contra-hegemônicas na sociedade civil, para a destruição de direitos universais recém-conquistados na Carta Constitucional de 1989; erigiu-se em modelo de utilização de força de trabalho com escassos direitos, mas mobilizada sob a forma da militância (aprofundando sua conversão mercantil); reiterou o apagamento retórico da classe trabalhadora no Brasil e, finalmente, chegaria ao século XXI subsumida às entidades e associações similares, mas dirigidas diretamente pelos setores empresariais.

A hegemonização do grande capital financeirizado, de cunho original puramente negativo, se explicita hoje num programa de formação de trabalhadores, ao lado da adequação social e cívica de sua consciência com base em: um novo formato de assalariamento; uma dimensão discursiva do final do trabalho sob o empreendedorismo; a expansão de financiamentos atuando como forma genérica de extração de sobretrabalho e, finalmente, na disseminação de novos aparelhos privados de hegemonia empresariais.

Se a sociedade civil é espaço de luta de classes, uma atuação empresarial desse porte aponta para duas direções. A primeira, ao incidir sobre uma infinidade de setores, atua 'preventivamente' na administração de conflitos, significando que as tensões permanecem e as lutas teimam em vir à tona. Há, portanto, resistências (inclusive na Abong, ainda que eivada de contradições) e pólos potenciais de luta contra-hegemônica. Não me ocuparei aqui dessas resistências, nem dos movimentos sociais que se recusaram "onguizar-se", tendo permanecido em outro espaço de luta. A expansão de Fasfil ou ONGs – termos excessivamente vagos, sobre os quais é preciso aprofundar a investigação – demonstra o crescimento de lutas sociais. A segunda direção é o molde social para relações de trabalho, configurando um disciplinado exército de mão-de-obra totalmente desprovido de direitos e da própria identidade operária.

Alguns exemplos permitem supor a dimensão do fenômeno. Em texto elaborado pelo Banco Mundial:

> Líderes do Fórum de ONGs de Rondônia criaram a Cooperativa de Trabalho Múltiplo de Rondônia (Cootraron) em 1997. Em 1998, ela era formada por 58 pessoas, desde técnicos ao pessoal de limpeza, que prestavam serviços a *nove órgãos públicos*

> em áreas como assistência jurídica, recursos florestais, planejamento estratégico, agronomia e limpeza de escritórios. Vários de seus membros prestaram serviços para o projeto de manejo de recursos naturais financiado pelo Banco, o Planafloro, e para o projeto Lumiar, do Incra. A cooperativa conseguiu gerar US$ 22.000 por mês em salários, sendo que *os contratos custavam de 15 a 20% menos do que os contratos padrão anteriores regidos pelas leis trabalhistas* (CLT). (Garrison, 2000: 96, grifos meus)

Não se trata apenas de substituição ou de ampliação do Estado, mas da produção de trabalhadores desprovidos de qualquer garantia, que devem, eles próprios, 'gerirem' sua força de trabalho de forma a oferecê-la a custos sempre mais baixos. Essa gestão – da mercadoria força de trabalho – deve reger-se por padrões empresariais, isto é, por padrões 'inflexíveis' de concorrência, diante dos quais deve comportar-se de forma 'flexível', ajustando-se, adaptando-se às exigências do mercado.

Outro exemplo sobre essa massiva formação de força de trabalho de novo tipo, é dado pelo crescimento do voluntariado, que atingiria em 2000 a cifra de 19,7 milhões de pessoas (Brasil, 2003: 26), configurando um exército de trabalhadores disponível para diversas formas de atuação, em parte pela extensão da jornada de trabalho daqueles que dispõem de contrato, em parte atingindo uma parcela de trabalhadores desempregados buscando encontrar seja um contrato, seja uma forma de remuneração, mesmo se eventual. Assim se expressou recentemente Wanda Engel, ex-dirigente do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), superintendente do Instituto Unibanco e primeira presidente de uma nova entidade, o Conselho Brasileiro de Voluntariado Empresarial, com a participação de mais de 30 empresas, entre elas Coca-Cola, Carrefour, Light, Unibanco, Itaú, Bradesco, Petrobras, Shell, Souza Cruz e Vale:

> historicamente, o voluntariado era uma ação individual. Na seqüência, as empresas passaram a fomentar as iniciativas. O *Riovoluntário* começou a convidar empresas para formar uma rede. Essa rede vai virar o Conselho. Será uma forma de agregar mais pessoas e ter essa massa de recursos humanos mais integrada. *Teremos um exército*. Só o Unibanco tem 30 mil potenciais voluntários. (Engel, 2008: 23)

Multiplicam-se as especializações universitárias de gestores de programas privados de cunho "social", cuja função é disseminar padrões de gestão altamente competitivos para educar e conter massas populares capazes de realizar as atividades necessárias ao novo padrão de uso da força de trabalho, supostamente sob a forma da auto-exploração traduzida pelo empreendedorismo. Este novo padrão associa trabalhadores com formatos distintos, desde aqueles com contrato formal até os extremos menos formalizados. Converte os trabalhadores em adiantadores

voluntários de sua capacidade de trabalho (ou de sua urgência em vender sua força de trabalho sob qualquer forma). Muitos daqueles totalmente desprovidos de direitos precisam fornecer previamente os "projetos" de sua eventual inserção no mercado de trabalho. As pesquisas de mercado realizadas pelas empresas são multiplicadas pela disseminação de milhares de "projetistas", ou em outros termos, de trabalhadores em busca de remuneração mercantil pesquisando "nichos" de atividades, muitas vezes gratuitamente e que, eventualmente, serão contemplados com recursos para testar tal atividade; em alguns casos, contratados por alguma empresa; ou, ainda, mais uma vez expropriados, se a atividade for diretamente assumida pelo empresariado. Algumas modalidades dessa nova gestão foram denunciadas em jornais, no Rio de Janeiro, sobre as contratações superfaturadas de mão-de-obra terceirizada e sem direitos, com intermediação de ONGs, principalmente para a área da saúde, mas também sob a forma de cooperativas desprovidas de direitos ("coopegatos").

Esse formato de expropriação massiva, gerenciada segundo o molde financeirizado é plenamente cosmopolita. Vejamos dois longos, mas esclarecedores, exemplos da formação internacional de gestores para novo tipo de mão-de-obra, em matérias publicadas na grande imprensa. A primeira, do jornal *O Globo*, intitula-se "Brasil exporta executivos para ONGs globais":

> Está cada vez mais frágil o muro que separa as ONGs das empresas brasileiras. Depois de muitas batalhas e enfrentamentos – nem sempre pacíficos, a ponte da amizade foi construída. Não bastasse o trânsito estar livre nos dois sentidos, os executivos do terceiro setor e das empresas privadas compartilhar da mesma linguagem e ainda trocam experiências. É que o Brasil virou um celeiro de profissionais que saem de grandes corporações para enfrentar o desafio de ocupar cargos de executivos em ONGs globais. O médico Frank Guggenheim trocou a Roche do Brasil, onde era diretor da Divisão Farmacêutica pela direção-executiva do Greenpeace. Aos 47 anos, o paulista Roberto Waak deixou a presidência da Orsa Florestal para assumir uma das câmaras técnicas do Conselho de Manejo Florestal (FSC, sigla em inglês) (...) Waak continua defendendo os interesses do capital no FSC. Era da presidência da Orsa e mudou de lado depois de lutar junto com a entidade para certificar 545 mil hectares de terra no Pará. O grupo Orsa fatura em média R$ 1,4 bilhão ao ano com a venda de 410 mil toneladas de celulose. A FSC é uma típica ONG global. Atua em 47 países e trabalha com 22 empresas certificadoras. (...) Já Nelmara Arbex abriu mão do seu cargo de gerente da Natura para assumir a direção da Global Reporting Initiative (GRI) que tem a função de transformar os balanços socioambientais em algo tão freqüente no mundo dos negócios como os relatórios financeiros. (...) Trocou SP por Amsterdã. Há forte assédio das empresas sobre executivos de ONGs. (...) Garo Batmanian trocou o cargo de executivo-geral da WWF (Worldwide Fund for Nature) pelo de diretor do

> Programa Piloto para Proteção das Florestas do Banco Mundial (Bird), onde administra carteira de US$100 milhões. Está convencido de que a convergência entre ONG e empresas é a ponte que faltava para enfrentar de maneira eficiente o desafio de manter as florestas em pé. (Melo, 2007: 49)

A segunda matéria, publicada no jornal *O Estado de S.Paulo*, demonstra como esse tipo de atividade vem se consolidando internacionalmente como modalidade de investimento do mercado financeiro, com altíssima rentabilidade e utilizando-se de mão-de-obra totalmente disponibilizada para o mercado (expropriada), no caso específico, composta de ex-prisioneiros:

> Assim como os fundos de *venture capital*, que investem em empresas jovens com potencial de gerar grandes resultados, os fundos filantrópicos como o *Impetus* [principal ONG britânica de *venture philantropy*, dirigida por uma economista brasileira, Daniela Barone Soares] estão em busca de entidades capazes de gerar impacto social. Para os fundos filantrópicos, a doação é tratada como investimento de longo prazo. E a exemplo de seus similares capitalistas, isso significa avaliar balanços e investigar mercado para descobrir onde estão as oportunidades para gerar maior impacto social. Foi o que foi feito com a St Giles Trust, ONG britânica que trabalha com ex-prisioneiros. (...) 'A concorrência nessa área de sem-teto é enorme. E todas disputam uma verba pública que vem diminuindo a cada ano', conta Daniela. Mas a St Giles tinha um trabalho único que a diferenciava das demais, com ex-prisioneiros, que consumia apenas 20% de seus esforços. (...) De 2004 para cá, a entidade registrou um crescimento anual de 109% no número de ex-prisioneiros atendidos, de 200 para 1.700. A taxa de reincidência de crimes entre os ex-prisioneiros, que é de 55% em toda a Inglaterra, caiu 20% nas 20 prisões em que a St Giles atua. Além disso, as receitas da entidade vêm registrando aumento de 37% ao ano, de £1,34 milhão em 2003/4 para £3,2 milhões em 2006/7. (...) O chamado "mercado de capital social" com os fundos filantrópicos começou nos EUA há uns anos e está começando agora na Europa. No Brasil, ainda é uma miragem. (...) Os recursos do Impetus saem de instituições financeiras, principalmente da área de *private equity* e *venture capital*. No mês passado, Daniela e sua equipe – formada só por mulheres – comemoraram um investimento milionário do fundo ISIS Equity Partners pelos próximos cinco anos. (Barbosa, 2008: 30)

A recente expansão da sociedade civil no Brasil se imbrica com um empresariamento de novo tipo, lastreado em forte concentração financeirizada que simultaneamente precisa contar com a adesão das massas populares nacionais (apassivá-las), tendo em vista a sua expansão (inclusive internacional), e fomentar a extração de sobretrabalho, renovando modalidades tradicionais de exploração. Forja-se uma cultura cívica (ainda que cínica), democrática (que incita à participação e à

representação) para educar o consenso e disciplinar massas de trabalhadores, em boa parte desprovidos de direitos associados ao trabalho, por categorias como "empoderamento", "responsabilidade social", "empresa cidadã", "sustentabilidade". A 'onguização' da associatividade popular prossegue, convertendo-a em espaço privado e competitivo – com hierarquias internas fortes e, portanto, com diferenciações burocráticas e sociais que reproduzem a gestão empresarial. Subalternizam-se as mais incipientes formas de organização popular, direcionadas para "gerenciamento de força de trabalho", processo potencializado pela formatação atual do Estado.

As contra-reformas do Estado penalizaram desigualmente os trabalhadores, por se apoiarem nas massas expropriadas que elas próprias produziam. O processo prosseguiu, se aprofundou e refinou sob o governo Lula, o mais capacitado socialmente a exercer o papel originalmente cumprido pela Força Sindical: contribuir ativamente para a destruição interna das lutas socializantes, ao mesmo tempo que assegurar a expansão da financeirização do capital no Brasil, sob o formato democrático da violência couraçada de convencimento. O prévio aval de seu governo à segurança da propriedade monetária e sua ação enérgica em prol do "alívio à pobreza" sob forma privatizada e antiuniversal, revela seu papel de fomentador oficial de vasto celeiro de mão-de-obra sem direitos. O Programa Fome Zero (que retomou o mote da Campanha de Betinho) generalizou a experiência, antes limitada a uma vitrine social, do Programa Comunidade Solidária, de Ruth e Fernando Henrique Cardoso. Não elimina o viés filantrópico e a cidadania da miséria, mas expressa uma diretriz diretamente empreendedora.

Assim, garantiu a disseminação de 'política de conta-gotas' – pequenas parcelas de recursos destinadas às famílias mais carentes – ao mesmo tempo que promove a expropriação ainda mais sistemática dos direitos de cunho universal, em todas as áreas sociais (saúde, educação, trabalho etc.). Assegura o apassivamento do conjunto dos trabalhadores sob as novas condições da extração de sobretrabalho. Espelha as novas modalidades de exploração capitalista e não apenas um retorno a formas precedentes (renovando, portanto, a tradição brasileira de integração entre o arcaico e o moderno, com intensa exploração das desigualdades, de maneira combinada).

Trata-se de uma forma peculiar de hegemonia, correspondendo ao predomínio do capital financeiro (que permite e estimula a constituição de novos setores burgueses, como o de serviços). Conserva e amplifica contradições: multiplica atividades de convencimento, aumentando ao mesmo tempo as formas de repressão e

de violência. Ao expressar-se de maneira econômica – como gestão empresarial do trabalho sob forma diretamente social – precisa diluir os âmbitos nos quais a expropriação do sobretrabalho era mitigada, por meio de políticas públicas que acenavam com alguma universalização. Mantém um viés filantrópico (a doação, a participação, o voluntariado), difunde uma rígida autodisciplina de trabalho (empreendedora) e afirma em todos os níveis a importância da propriedade. A tensão entre a palavra e o gesto se agudiza.

Generaliza – e exige – uma forma de ser competitiva e inflexivelmente empreendedora, sob condições de urgência, que se opõe imediatamente às expressões que a justificam: filantropia, cidadania, solidariedade e responsabilidade. Expande a subordinação direta dos trabalhadores com base na introjeção da competição mercantil no âmbito do cotidiano, da subjetividade e dos espaços coletivos, em imediata contraposição à própria constituição de sujeitos históricos, capazes de transformar suas condições de vida social. Acirra a competição entre as próprias entidades que, supostamente, deveriam assegurar sua pacificação. Em outros termos, a hegemonia que se elabora repousa na generalização do trabalho abstrato e, assim, se expressa também de forma abstrata, não devendo mais corresponder a um lugar social efetivo (a classe trabalhadora), mas tendo vigência apenas no momento preciso da atividade. É uma hegemonia do capital que se apresenta como tal, se justifica como tal. A "segurança", ou a defesa da propriedade é garantida pela palavra doce e pelo gesto brutal. A repressão – agora também preventiva – bloqueia e criminaliza a emergência da contestação.

Essa característica levou Francisco de Oliveira (2007) a argumentar pela não-existência de hegemonia no Brasil sob o governo Lula, diversamente da hipótese aqui apresentada. Não obstante, aponta para uma questão seriíssima: os limites dessa hegemonia. Oliveira considera haver hegemonia quando há melhor qualidade de vida para os trabalhadores, com uma expectativa de ascensão social similar à que foi provida pelo *Welfare State*. O conceito de hegemonia remeteria não ao convencimento encouraçado de coerção, mas a uma real elevação do nível social e moral de extensas faixas sociais. A dificuldade de tal raciocínio reside no fato de supor a hegemonia uma expressão qualitativamente superior (moral, intelectual, integrativa e humanamente mais elevada) da dominação.

Ora, a reflexão gramsciana sobre a hegemonia supõe um solo econômico, com maior capacidade de extração de sobretrabalho (desenvolvimento das forças produtivas), à qual se agrega uma forma mais consistente de incorporação social, sob a direção da fração dominante do capital que se consolida num bloco histórico,

impelindo à formação de um "novo homem", ou de um "homem adequado" às novas exigências de reprodução do capital e convicto de seu próprio papel; a par de certa modalidade de coerção, externa e introjetada. Na atualidade, o papel da sociedade civil – em especial dos aparelhos 'privados' de hegemonia empresariais – atuam como instância forjadora de cultura e de formação de trabalhadores. Convertem aceleradamente a expropriação em forma de extração de sobretrabalho, seja por meio de formas maquiadas de doação social (voluntariado, solidariedade), seja de maneira direta, pelo empreendedorismo com que as conduz. Mas não dispensa o crescimento da coerção, em paralelo à multiplicação do convencimento, exatamente pelo acirramento da competição que promove e generaliza.

Oliveira constata, de forma coerente, que "em lugar de uma hegemonia burguesa que se alimentasse das 'virtudes' cívicas do mercado, requer-se permanentemente coerção estatal, sem o que todo o edifício desaba" (Oliveira, 2007: 35).

A hegemonia não é, para Gramsci, um simples patamar de melhoria social com base no qual, numa vida mais plenamente socializada e acalmadas as urgências (carências) mais severas, a luta se daria em melhores condições (de trabalho, condições políticas democráticas, maior participação etc.). Ela é, sobretudo, uma forma ainda mais refinada de subalternização – apresentada como se fosse necessária, legítima e natural. Combatê-la supõe luta ainda mais árdua, pois se defronta com uma multiplicidade de agências 'enquadradoras' doces ou violentas, que diluem a evidência da contraposição direta entre empregador/empregado, entre capital e trabalho, entre dominador e dominante para, exatamente, assegurá-la.

Sob o predomínio de um capital em sua forma a mais abstrata – financeira, a de massas concentradas de capital à procura de valorização – os modos de convencimento devem atravessar todas as formas de trabalho e de atividade, ao passo que a violência brutal e preventiva se expande.

Uma efetiva contra-hegemonia depende de compreendermos as condições da classe trabalhadora (ou do conjunto dos subalternos), com todas as dificuldades que envolve na atualidade. Aparentemente, a questão agora pode abandonar seus disfarces e colocar-se de maneira aberta, uma vez que a hegemonia burguesa se exerce exatamente em nome do capital financeirizado.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS (ABONG). *As ONGs no Brasil*. São Paulo: Abong, 2002.

ALMEIDA, G. R. *História de uma Década Quase Perdida: 1979-89*, 2000. Tese de Doutorado, Niterói: Universidade Federal Fluminense.

ANTUNES, R. & SILVA, M. A. M. (Orgs.) *O Avesso do Trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

ARANTES, P. Esquerda e direita no espelho das ONGs. *Cadernos Abong*, 27: 3-27, 2000.

BARBOSA, M. Impetus Trust, principal ONG britânica de venture philantropy, trata doação como investimento de longo prazo. *O Estado de S.Paulo*. São Paulo 1 jan. 2008, p. 30.

BIANCHI, A. *Hegemonia em Construção: a trajetória do PNBE*. São Paulo: Xamã, 2001.

BIANCHI, A. *O Ministério dos Industriais: a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo na crise das décadas de 1980 e 1990*, 2004. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

BOITO JR., A. *Política Neoliberal e Sindicalismo no Brasil*. São Paulo: Xamã, 1998.

BRASIL. *As Fundações Privadas e Associações Sem Fins Lucrativos no Brasil: IBGE, Ipea, Gife, Abong*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

COELHO NETO, E. T. *Uma Esquerda para o Capital: crise do marxismo e mudanças nos projetos políticos dos grupos dirigentes do PT (1979-1998)*, 2005. Tese de Doutorado, Niterói: Universidade Federal Fluminense.

COUTINHO, J. A. *ONGs e Políticas Neoliberais no Brasil*, 2004. Tese de Doutorado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

ENGEL, W. Entrevista a Flavia Oliveira. *O Globo*, Rio de Janeiro, 21 de mar. 2008. Negócios & Cia, p. 23.

FERNANDES, R. C. *Privado Porém Público: o terceiro setor na América Latina*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO (FIESP). *Livre para Crescer*. São Paulo: Cultura, 1990.

FONTES, V. *Reflexões Im-pertinentes*. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2005.

FONTES, V. Marx, expropriações e capital monetário: notas para o estudo do imperialismo tardio. *Crítica Marxista*, 26: 9-31, 2008.

GARCIA, C. *PT: da ruptura com a lógica da diferença à sustentação da ordem*, 2008. Tese de Doutorado, Niterói: Universidade Federal Fluminense.

GARRISON, J. W. *Do Confronto à Colaboração: relações entre a sociedade civil, o governo e o Banco Mundial no Brasil*. Brasília: Banco Mundial, 2000.

GENTIL, R. *A Editora Abril*, 2003. Dissertação de Mestrado, Niterói: Universidade Federal Fluminense.

GIANNOTTI, V. *A Força Sindical: a central neoliberal de Medeiros a Paulinho*. Rio de Janeiro: Mauad, 2002.

GOHN, M. G. *Teorias dos Movimentos Sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos* [1997]. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

GUIOT, A. P. *Um Moderno Príncipe para a Burguesia Brasileira: o PSDB (1988-2002)*, 2006. Dissertação de Mestrado, Niterói: Universidade Federal Fluminense.

HARVEY, D. *O Novo Imperialismo*. São Paulo: Loyola, 2004.

LANDIM, L. *A Invenção das ONGs: do serviço invisível à profissão impossível*, 1993. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

LIMA, J. C. F. & NEVES, L. M. W. *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MARTINS, A. *Burguesia e a Nova Sociabilidade: estratégias para educar o consenso no Brasil contemporâneo*, 2007. Tese de Doutorado, Niterói: Universidade Federal Fluminense.

MELO, L. Brasil exporta executivos para ONGs globais. *O Globo*. Rio de Janeiro, 19 ago. 2007, p. 49.

MENDONÇA, E. L. *A Pobreza no Brasil: medidas e sentidos*, 2000. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: IPPUR, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MENDONÇA, S. R. Estado e representação patronal rural no Brasil recente (1964-1993). Relatório de pesquisa, 2006. (Mimeo.)

MONTAÑO, C. *Terceiro Setor e a Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2002.

NEVES, L. M. W. (Org.) *A Nova Pedagogia da Hegemonia: estratégias burguesas para educar o consenso.* São Paulo: Xamã, 2005.

OLIVEIRA, F. *Collor: a falsificação da ira.* Rio de Janeiro: Imago, 1992.

OLIVEIRA, F. *O Ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo, 2003.

OLIVEIRA, C. Política numa era de indeterminação: opacidade e reencantamento. In: OLIVEIRA, F. & RIZEK, C. S. (Orgs.) *A Era da Indeterminação.* São Paulo: Boitempo, 2007.

PEREIRA, J. M. M. *O Banco Mundial e o Agro: da modernização conservadora da agricultura à reforma agrária 'assistida pelo mercado'*, 2008. Projeto de qualificação para doutoramento em História, Universidade Federal Fluminense.

PEREIRA, T. D. *O Não-Governamental em Questão: um estudo sobre o universo Abong*. Rio de Janeiro: Fase, 2003.

RYFMAN, P. *Les ONG.* Paris: La Découverte, 2004.

SAES, D. *República do Capital: capitalismo e processo político no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2001.

SILVA, C. *Veja: o indispensável partido neoliberal: 1989-2002*, 2005. Tese de Doutorado, Niterói: Universidade Federal Fluminense.

SOUTO JR., J. F. *Práticas Assistenciais em Sindicatos Pernambucanos e Cariocas, 1978-1998*, 2005. Tese de Doutorado, Niterói: Universidade Federal Fluminense.

SOUZA, H. As ONGs na década de 1990. *Comunicações do Iser*, 41, ano 10, 1991.

6

Democracia e Participação da Sociedade em Saúde

Nelson Rodrigues dos Santos

Mecanismos de Gestão, Participação, Controle, Regulação e Pactuação Social em Saúde

A sociedade, em seu conjunto, é portadora de determinado grau de consciência das suas necessidades de saúde, com diferenciações entre os vários segmentos sociais. E o desenvolvimento da consciência das necessidades influi no desenvolvimento da consciência dos direitos individuais e sociais, que por sua vez influi na formação da consciência política, no surgimento dos movimentos sociais e na democratização do Estado que venha a contemplar os direitos sociais.

Há sociedades com grau mais desenvolvido da consciência das suas necessidades, de seus direitos, da organização e da participação na formulação e no controle das políticas públicas perante o Estado. Estas revelam um ponto de equilíbrio e interação favorável às políticas públicas universalistas de proteção social ('renda indireta'), quando cotejadas com as políticas de transferência de renda aos estratos sociais mais excluídos dos mercados de trabalho e de consumo ('renda direta'). Nas sociedades com menor grau de consciência das necessidades, direitos, organização e participação, ao contrário, o ponto de equilíbrio e interação privilegia a transferência de renda, mantendo o consumo no mercado como objetivo maior na contemplação dos direitos sociais, quando cotejado com a atrofia das políticas públicas de proteção social. Esta atrofia, a partir dos anos 1990 no Brasil é fortemente

caracterizada pelo ideário do 'Estado mínimo', preconizado pelo neoliberalismo: mínimo para intervir com políticas de proteção social e de investimento na infraestrutura do desenvolvimento, porém 'Estado máximo' para a máquina e volume arrecadatórios, a máquina e o volume de terceirizações de responsabilidades públicas, as taxas de juros e o volume da dívida pública e pagamento dos seus rentistas.

No cenário internacional parece certo que o Canadá, países europeus, Austrália, Nova Zelândia, e outros, apesar das reconhecidas diferenças entre suas trajetórias históricas e projetos nacionais, vêm preservando e inovando políticas públicas universalistas de proteção social com nível mais civilizado da relação 'público-privado', inclusive resistindo às poderosas e insidiosas pressões neoliberais iniciadas nos anos 1970 e com epicentro nos anos 1980 e 1990. Parece certo, também, que as pressões neoliberais assumiram influência hegemônica naqueles países do 'terceiro mundo' com potencial para projetos próprios de desenvolvimento, entre eles nosso país.

É no âmbito dessas considerações gerais que tentarei trazer algumas contribuições sobre a democracia e a participação da sociedade em saúde.

Em primeiro lugar, creio que devo esclarecer qual seria o objeto mais relevante de participação da sociedade com base no entendimento de que:

a) é da sociedade civil e do Estado a responsabilidade histórica de formular e pactuar políticas públicas, e
b) é função básica do Estado democrático administrar por delegação (e controle) da sociedade, a transformação da riqueza produzida em bens, serviços, conhecimentos e tecnologias, eleitos pela sociedade como inabdicáveis para os seus direitos, sua qualidade de vida e para a continuidade e qualificação da produção de riquezas.

Em outras palavras, a função arrecadatória do Tesouro e a função de estruturar e operar os gastos públicos para o processo produtivo de bens e serviços. Na saúde é o seu financiamento público e a gestão dos bens e serviços de saúde. O processo participativo seria, então, o de apropriação pela sociedade das diretrizes e mecanismos básicos do financiamento e da gestão, das suas 'vigas mestras' e dos interesses em jogo, sem que esta apropriação signifique que os cidadãos e suas representações se vejam obrigados a absorver conhecimentos específicos profissionalizados, mas simplesmente os que venham a ser suas ferramentas de compreensão e participação: na formulação e no controle. Este processo de apropriação estaria atrelado, é óbvio, ao acompanhamento da contemplação dos direitos sociais à saúde. 'Por isso, não há como refletir e posicionar-se sobre a participação

social, sem refletir e posicionar-se sobre a política pública, a gestão e seu financiamento público'.

Em segundo lugar, viria o aclaramento sobre os modelos em disputa: aquele com base nas necessidades e direitos da população e aquele com base nos interesses da oferta de serviços, entendendo-se por oferta o complexo das indústrias e fornecedores (medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e demais insumos), dos prestadores de serviços (públicos e privados complementares) e dos profissionais da saúde (em especial os de nível superior e, nestes, os médicos especializados).

No primeiro modelo, as necessidades e direitos podem e devem ser identificados em cada município e região por meio de perfis demográfico, socioeconômico e epidemiológico que, após serem conhecidos, discutidos e enriquecidos nos conselhos de saúde, ganham competência para orientar o planejamento e definição de orçamento ascendentes: metas de ações preventivas e curativas (integrais). Para o cumprimento dessas metas com qualidade e resolutividade os trabalhadores da saúde devem ser capacitados, distribuídos e condignamente remunerados, os prestadores de serviços devem propiciar boas condições de trabalho de saúde e os industriais e fornecedores devem abastecer os prestadores de serviços com bens estritamente necessários e a preços regulados. Em outras palavras, este modelo funciona com centralidade nas necessidades e direitos de cada cidadão e da coletividade, e no Brasil é garantido pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde: assume com consistência a 'política explícita de saúde'.

No segundo modelo, emergem os interesses acumulados do ponto de vista histórico no interior do complexo da oferta, que excedem de maneira ilimitada seus próprios direitos também constitucionais, na medida do seu poder de pressão, e assim se configuram na própria centralidade do sistema, com foco na realização do complexo médico-industrial com base nos procedimentos médicos, secundado pelos pleitos corporativistas. Este modelo da oferta é herdado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo o componente representado pelo ex-Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) calcado na compra de serviços médico-assistenciais de prestadores públicos e privados (por produção), ao qual foi acrescentado, a partir de 1990, o crescimento desmedido das empresas privadas de planos e seguros de saúde que cobrem hoje entre 20% e 25% da população.

Em terceiro lugar, viria a constatação de que o modelo da oferta herdado pelo SUS não foi superado pelo modelo com base nas necessidades e direitos da população, e realiza-se sob o discurso da 'política explícita' de saúde, mas, na realidade,

pautado na 'política implícita' que se expressa por meio de um conjunto de estratégias e mecanismos de política de Estado e de governos desde 1989.

Como 'política de Estado' no nível da macroeconomia e da macropolítica evidenciou-se a opção pela política pública de transferência de renda ainda que muito desigual: por volta de R$ 11 bilhões a 11 milhões de famílias (Bolsa Família), R$ 80 bilhões de benefícios previdenciários a desempregados, população urbano-rural de baixa renda e outros, e R$ 170 bilhões (projetados para duzentos bilhões ao final do ano) aos rentistas da dívida pública, por ano. As políticas públicas de proteção social permanecem subfinanciadas com *per capitas* anuais entre os mais baixos do mundo, sendo que na saúde a retração da contrapartida federal, a partir de 1990 até os dias de hoje, é constatada tanto pela queda do seu porcentual, comparada à elevação do porcentual da contrapartida estadual e municipal, como pela queda do seu *per capita* anual, se comparada à elevação do *per capita* anual dos estados e municípios, e ainda, pela comparação da elevação do porcentual da receita corrente federal perante o PIB, com a queda do porcentual do orçamento do Ministério da Saúde perante a receita corrente federal. Como 'política de governos' nacionais decorrentes da política de Estado, evidenciaram-se na saúde os seguintes mecanismos:

a) A opção pela desconsideração da indicação Constitucional de 30% do Orçamento da Seguridade Social para o SUS, pela retirada, em 1993, da participação da contribuição previdenciária à saúde (historicamente 25%), pelo 'passa-moleque' em 1996 do desvio de mais da metade da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) aprovada para a saúde, pela esperteza e imposição federal em 2000 na aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC-29), de calcular a sua contrapartida com base na variação nominal do PIB (menor que o crescimento populacional e da inflação), pressionando a aplicação de porcentual sobre a arrecadação somente para os estados, Distrito Federal e municípios, e por final a pressão sobre o Congresso Nacional desde 2003, para não regulamentar a EC-29 incluindo para a esfera federal o porcentual sobre a arrecadação.
b) A extensa, profunda e desastrosa precarização das relações de trabalho nos órgãos federais de saúde, com suspensão dos concursos públicos, aviltamento das carreiras e salários, do desempenho e resultados para os usuários, e a 'onda' de terceirizações aleatórias, que acabou por influir nos estados e municípios por meio da Lei da Responsabilidade Fiscal.
c) O retardamento ou impedimento de reforma de aparelhos do Estado com visando à autonomia gerencial de prestadores públicos delimitada para a

realização de metas, prioridades com eficácia social, por meio da elevação da eficiência, desempenho e resultados, o que gerou a permissibilidade para delegação de responsabilidades do Estado a entes privados em situações casuísticas, como fundações privadas de apoio, organizações sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), e outras.

d) A participação do orçamento federal no financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde por meio da dedução do Imposto de Renda, do co-financiamento de planos privados dos servidores públicos, incluindo as estatais, do não-ressarcimento ao SUS pelas empresas do atendimento aos seus afiliados, pelas isenções tributárias e outros, que totaliza mais de 20% do faturamento do conjunto dessas empresas.
e) A desregulamentação da demanda ao SUS representada pelos afiliados dos planos privados não assistidos pelos serviços desses planos.
f) A desregulamentação da produção de bens de saúde (medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros).
g) A inibição na prática das recomendações e iniciativas no âmbito de políticas intersetoriais com matriciamento das estratégias setoriais, o que resultou na permanência da fragmentação setorial e respectivos corporativismos, clientelismos e desperdícios.
h) A manutenção dos 'vários ministérios da Saúde' dentro do Ministério da Saúde, cada um vinculado a interesses corporativos, clientelistas e financeiros com representações na sociedade, governo e parlamento.

Vale destacar que a política de Estado e decorrentes políticas dos governos vêm sendo definidas e decididas acima da política do setor Saúde. Ao Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e respectivos Conselhos de Saúde vem restando um reduzido espaço de definição e decisão vinculado aos preceitos constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde, visando aos avanços possíveis ou resistência a retrocessos. Predomina no Ministério da Saúde, desde 1990, as estratégias de contenção e racionalização dos custos, pressionadas de um lado pelo subfinanciamento e, por outro, pela reprodução e 'modernização' do modelo da oferta, restando pouco espaço para a construção efetiva do SUS, ilustrando com os seguintes mecanismos:

a) Estabelecimento da figura dos tetos financeiros estaduais, municipais, hospitalares, e outros, como guias para os repasses federais e respectivos gastos.

b) Manutenção da modalidade do pagamento por produção dos procedimentos de média e alta complexidade por meio de tabela em que a maioria dos valores encontra-se abaixo do custo, excetuando-se os de maior incorporação tecnológica e utilização de bens mais sofisticados.
c) Priorização da estratégia de ampliação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Equipes de Saúde de Família (ESF) focalizados nos estratos sociais mais pobres, com baixo custo (e orçamento), baixa resolutividade, baixa interação com unidades básicas e de apoio, baixa capacidade de porta de entrada no sistema e sem condições de efetivar ações estruturantes no sistema.
d) Fragmentação dos repasses federais aos estados, Distrito Federal e municípios, já tendo alcançado por volta de 130 fragmentos, hoje reduzidos com o Pacto de Gestão, mas com pressões internas para não continuar reduzindo.
e) Desmesurada produção de portarias normativas ministeriais já tendo atingido cerca de oito por dia útil, caiu um pouco e volta a crescer.
f) Permanência do centralismo e hermetismo no processo de planejamento e orçamentação, com baixa consideração ao planejamento e orçamentação ascendentes e estabelecimento pactuado de metas, custos, prioridade e qualidade, visando à articulação regionalizada de redes de cuidados integrais.
g) Lentidão e imobilidade na articulação e implementação regionalizada das redes de cuidados integrais.
h) Reflexos inibidores no desempenho da Tripartite e Bipartites.

Vale também destacar que as adversidades impostas pela política de Estado e políticas de governos, assim como as decorrentes estratégias de contenção e racionalização que predominam no Ministério da Saúde desde 1990, apesar de delimitarem hegemonicamente o desenvolvimento do SUS, não conseguem se constituir na sua totalidade, permanecendo ativos os 'nichos' de resistência e avanços possíveis, ao nível local na micropolítica e microprocesso de trabalho em saúde, com milhares de experiências exitosas em todo o território nacional, comprometidas com os princípios da universalidade, igualdade e integralidade, e também no nível dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde em cada estado, das Bipartites, da Tripartite, da rede dos Conselhos de Saúde e das entidades históricas do movimento da Reforma Sanitária (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde [Cebes], Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Abrasco], Associação Brasileira

de Economia da Saúde [Abres], Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde [Ampasa], Rede Unida, Instituto de Direito Sanitário Aplicado [Idisa], e outras). Não por outro motivo, já na 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1996, um dos lemas que empolgaram foi o de "Onde dá SUS dá certo", o que significa dizer que onde não dá certo (sem acesso, sem eqüidade, sem atenção integral, sem participação etc.) é justamente onde não há SUS, e sim outro modelo de saúde herdado e 'modernizado' que usurpa o nome do SUS.

Em quarto lugar, viria a inevitável conseqüência das políticas implícitas antes referidas no modelo de atenção à saúde:

a) Grande extensão das atividades da Atenção Básica à Saúde, com ênfase nos programas de Agentes Comunitários de Saúde e das Equipes de Saúde de Família, porém de baixo custo, baixa resolutividade, focalizado nos estratos mais pobres, de baixo papel como porta de entrada e baixo impacto na reestruturação do sistema.
b) Insustentável congestionamento nos serviços de média e alta densidade tecnológica – ambulatórios especializados, exames diagnósticos, serviços terapêuticos, serviços de urgência/emergência e os de hospitalizações gerais – com intensa repressão de demanda, iatrogênica e freqüentemente letal.
c) Grande tensão e ansiedade na gestão descentralizada municipal e regional, obrigada a convergir quase todos os recursos e serviços assistenciais nas doenças agravadas e nas urgências e, por outro lado, compelidos a reprimir por falta de recursos, a demanda das doenças ainda não agravadas, dos atendimentos eletivos e das situações de risco, cientes de que esta demanda quando atendida evita a maior parte dos agravamentos e urgências.
d) Reconhecida proatividade das empresas privadas de planos e seguros de saúde de captação de clientela nas camadas médias da sociedade, incluindo os servidores públicos, cujo desapego ao SUS, e o conseqüente apego aos planos privados de saúde acabam por retirar do SUS e da maioria da população decisiva base de solidariedade, apoio social e fortalecimento político.

Quanto à 'Participação', creio ser fundamental lembrar que o rico e intenso processo, nos anos 1980, de reconstrução do ideário democrático, do reencontro da sociedade e seus segmentos com ela mesma e do forte apelo da idéia-força da democratização do Estado ensejaram ao setor Saúde sensíveis avanços nos debates e na politização com respeito à consciência das necessidades, da precedência dos direitos sociais e coletivos, e da real possibilidade do Estado democrático ante a

sociedade mobilizada, formular e realizar a construção da universalidade com integralidade e igualdade na saúde. Os simpósios sobre Política Nacional de Saúde realizados pela Câmara dos Deputados e o Movimento da Reforma Sanitária, em 1982 e 1989; os convênios das Ações Integrais de Saúde, a partir de 1983; a 8ª CNS, em 1986; a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, em 1987; os convênios dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, a partir de 1986; a Plenária Nacional de Saúde de 1986 a 1990; a Constituição Federal, em 1988; e a Lei Orgânica da Saúde, em 1990, constituem marcantes emblemas desse processo.

No bojo dos movimentos da sociedade civil, incluindo as representações das camadas médias da sociedade e dos servidores públicos esboçavam-se perspectivas e esperanças do SUS vir a contemplar suas necessidades e direitos de saúde, com a opção pelos serviços privados colocada em compasso de espera ou uso temporário. Sob essas perspectivas e esperanças foi aprovado o avançado Capítulo da Ordem Social da Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde de (Leis n. 8.080/90 e n, 8.142/90). Apesar de já no início dos anos 1990 as políticas de Estado e de governo revelarem sua disposição em sentido oposto ao consagrado na Constituição e na Lei, os movimentos da sociedade civil incluindo o Conass, Conasems e o CNS conseguiram junto aos governos nas três esferas e ao Congresso Nacional, participar intensamente na formulação e viabilização de estratégias que levaram à expressiva descentralização com ênfase na municipalização, o embrionamento das articulações e consensos interfederativos, a criação dos conselhos de saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, a efetivação da direção única em cada esfera com a extinção do Inamps, e a criação dos fundos de saúde e dos repasses fundo a fundo. O Conass, Conasems, CNS, o Cebes, a Abrasco, a Confederação das Misericórdias do Brasil e outras entidades foram decisivas nessa fase, com ênfase na realização da 9ª CNS em 1992. É de se notar a conjuntura, a forma e a eficácia da participação da sociedade civil organizada e mobilizada nesse período, apesar dos revezes impostos pelos governos desde 1990, como o descumprimento do financiamento indicado do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição, de no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social, a conivência com interesses herdados na oferta de serviços, a reprodução do paradigma 'inampiano' na Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde, a reprodução do paradigma 'campanhista' centralizador em relação aos estados, Distrito Federal e municípios, e o estímulo governamental ao crescimento desmesurado de empresas privadas de planos e seguros de saúde visando à definição das opções das camadas médias da sociedade e dos servidores públicos.

É por volta de 1994 que se evidencia não apenas o arrefecimento das perspectivas e esperanças iniciais das camadas médias e dos servidores públicos em relação ao pertencimento do SUS, como também um retrocesso na consciência social de direitos e pleitos, que se voltam por meio das entidades classistas para os planos privados de saúde, preferencialmente quando regulados e subsidiados pelo governo. Este processo intensifica-se em 1995, com a assunção pelo Governo Federal de 'reforma do Estado' calcada no ideário do Estado mínimo, com simultânea, insidiosa e contínua ação midiática com base nos valores do consumismo e competitividade corporativistas e individualistas, e prossegue a partir de 1998 com a Lei n. 9.656, que dispõe sobre o mercado na saúde, e de 2000, com a lei que cria a Agência Nacional de Saúde autônoma em relação ao SUS. O arrefecimento em relação ao pertencimento do SUS integra um arrefecimento geral que é do grau de consciência das necessidades, dos direitos sociais, do significado das políticas públicas de proteção social, da conquista da cidadania e da própria democratização do Estado, que ensaiavam seus primeiros passos.

As aspirações de ascenso social e satisfação de direitos e interesses com base no ideário do corporativismo, individualismo e consumismo no mercado, incluindo o mercado terceirizado de responsabilidades públicas abdicadas, passaram a uma aceitação generalizada e fatalizada. O reflexo nas relações das entidades da sociedade civil com os conselheiros de saúde que as representam deixa de ser meramente linear ou irrelevante para revelar-se como importante desafio no espaço de conflito evidente entre os movimentos sociais. E isso, por um lado, por política pública de saúde iníqua para os estratos sociais profundamente diversificados dos afiliados aos planos privados e as maiorias que dependem apenas do SUS e, por outro lado, por política pública de saúde universalista, integral e igualitária com base nas necessidades de toda a população e nos direitos sociais de cidadania, temática à qual voltarei mais à frente.

Quanto ao 'Controle' e à 'Regulação', são atividades da maior responsabilidade para o sistema público cumprir os mandamentos constitucionais e infraconstitucionais, de assegurar a satisfação dos direitos de cidadania à população, com eficácia social e eficiência no trato das atividades-meio: gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros.

Está evidenciada a inconsistência e o malefício ao bom desenvolvimento do SUS, da continuidade do predomínio dos paradigmas de controle e auditorias herdados das estruturas federais 'pré-SUS', como os programas verticais centralizados do antigo Ministério da Saúde e os serviços médico-hospitalares privados

contratados por produção e pagos após sua realização mediante fatura pelo antigo Inamps, ambos com base na superada administração convenial/contratual que persiste induzindo os repasses federais aos estados, Distrito Federal e municípios como se estes entes federados fossem meros executores das metas, prioridades e excessiva/complexa normatividade dos repassadores federais.

Em nome da defesa da legalidade do destino dos recursos federais repassados, os fluxos, prazos e destino final desses recursos são checados pela sistemática vigente, após os gastos efetuados pelos estados, Distrito Federal e municípios e a seguir objetos de glosas nos pagamentos, de devolução de recursos, rebaixamento das condições de futuros repasses, processos administrativos e jurídicos etc. Não há, em regra, distinção adequada entre ações dolosas contra as necessidades e direitos da população com malversação dos respectivos recursos, objeto de enquadramento legal, e ações com irregularidades cuja maioria tem origem no remapeamento pela gestão descentralizada, de metas, prioridades, riscos e danos à saúde, atividades-meio e finalísticas. Este remapeamento é, quase que totalmente, mais congruente com as realidades, necessidades, pressões da demanda dos usuários e suas representações, pressões dos direitos (ou interesses) de profissionais da saúde, fatores esses de grande variabilidade regional e local, de difícil enquadramento nas padronizações centralizadas para o território nacional. Na maioria das reuniões dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde e das Comissões Intergestores Bipartites em cada estado, e da Comissão Intergestores Tripartite, confirma-se de forma inequívoca a maior proximidade e competência dos gestores descentralizados para aplicar nas diversas realidades loco-regionais, os princípios e diretrizes da universalidade, integralidade e igualdade. Soma-se a maior angústia com a insuficiência de condições estruturais para o exercício dessa competência.

Os paradigmas ainda predominantes de controle e auditorias na esfera federal encontram-se mais atrelados aos legalismos federais do subfinanciamento, da fragmentação dos repasses e respectivos incentivos/prêmios de cada fragmento, do pós-pagamento por produção por meio de tabela anacrônica de procedimentos e valores, da desregulamentação da demanda gerada pelos afiliados aos planos privados de saúde (incluindo as ações judiciais), das duas portas de entrada em hospitais públicos terciários geridos por fundações privadas de apoio, das organizações sociais, da desastrosa precarização das relações de trabalho com terceirizações em cascata, da não-implementação das redes regionais de cuidados integrais e com planejamento e orçamentação ascendentes, e da focalização aos estratos sociais

mais pobres, de serviços básicos de saúde de baixo custo/gastos e baixa resolutividade. Estes legalismos não vêm sendo objeto de controle e auditorias quanto ao seu potencial gerador de ações dolosas e de ações irregulares, estas últimas atreladas ou não às premissas finalísticas da universalidade, igualdade e integralidade e às premissas-meio da Descentralização, Regionalização e Participação. Há evidência empírica de que entre outros paradoxos, o SUS carrega grande volume de irregularidades na gestão descentralizada destinadas à prática para sua construção com base nos princípios e diretrizes constitucionais, e outro grande volume de regularidades geradas em órgãos federais centralizados, destinadas à prática para sua vã construção centralizada e autoritária.

Com a mesma lógica utilizada na análise do controle e auditorias, busco entender a questão da Regulação, que no âmbito destas considerações defino como o conjunto das articulações, ordenamentos e reordenamentos permanentes das vigas mestras da construção do novo modelo de gestão consoante os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, assim como o funcionamento dos serviços privados de saúde consoante o mandamento constitucional da Relevância Pública. No SUS, além do âmbito das vigas mestras, a tarefa regulatória estende-se ao nível regional e microrregional com as centrais de regulação da atenção integral à saúde (e não apenas à assistência especializada), e no nível das unidades de saúde mais complexas, estende-se à sua autonomização gerencial para o cumprimento de metas pactuadas com seus custos, indicadores de qualidade/resolutividade, prioridades, eficiência e eficácia social. Penso que a responsabilidade regulatória é do gestor, incluindo seu conselho de saúde, das comissões intergestores e da Agência Nacional de Saúde (autarquia especial). O aclaramento e explicitação da relação público-privada são pressupostos básicos para que o processo regulatório favoreça e consolide um equilíbrio favorável à política pública de proteção social com base nas necessidades e direitos sociais da população, quando cotejada com a política pública de transferência de renda.

Os órgãos e atividades de avaliação, controle e auditoria, além de seus objetivos próprios, são também ferramentas imprescindíveis ao processo regulatório que ultrapassa o âmbito da oferta/utilização dos serviços de saúde para abranger também as cadeias produtivas de bens e insumos dos serviços de saúde: fármacos, reagentes, imunobiológicos, medicamentos, equipamentos e outros. O mesmo reparo aos paradigmas ainda predominantes de controle e auditorias na esfera federal cabe também ao processo maior da regulação, qual seja, a tendência ao atrelamento a certos legalismos federais: ao contrário de torná-los objeto a mais da sua missão, o

processo de regulação no setor Saúde permanece centrado na regulação do mercado dos planos e seguros de saúde com o objetivo de assegurar o equilíbrio dos interesses em conflito: dos consumidores, dos profissionais da saúde, dos prestadores privados e públicos credenciados pelas operadoras, pelas próprias operadoras privadas de planos e seguros de saúde e pela indústria de bens e insumos de saúde. Os legalismos do subfinanciamento, da fragmentação dos repasses federais, do pós-pagamento por produção, da desregulamentação da demanda dos planos privados para o SUS, das duas portas de admissão nas fundações privadas de apoio vinculadas a hospitais públicos, das organizações sociais, da precarização da gestão do trabalho na saúde, dos impedimentos da articulação e implementação das redes de cuidados integrais no nível regional, da focalização da atenção básica nos estratos mais pobres, com baixa resolutividade, e outros, ficam assim erigidos a pressupostos do processo regulatório.

Quanto à 'Pactuação Social em Saúde', considero de início a pactuação social como atividade da sociedade organizada que denota um grau relativamente avançado de práticas sociais no desenvolvimento democrático, porque requer uma maturidade dos segmentos e movimentos sociais em conflito capaz de identificar os avanços e concessões, gerais e específicos de cada um e possíveis em certo prazo. Os compromissos e ganhos decorrentes serão tanto mais realistas e consistentes quanto maior for a visão do processo geral e a predisposição de identificar e realizar repactuações. Os pactos sociais, em especial ao nível da nação, envolvem a relação sociedade-Estado e quando abrangem o conjunto ou a maioria da sociedade avançam na democratização do Estado. Foi o que ocorreu no Brasil nos anos 1980, desde os últimos anos da ditadura e no processo da convocação e realização da Assembléia Nacional Constituinte, quando o avanço na democratização do Estado compeliu ao avanço do pacto federativo, redefinindo as responsabilidades de cada ente federado a favor dos anseios da sociedade. A seção Saúde na Constituição Federal e as Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90 são reflexo marcante dos novos papéis dos entes federados. A Constituição ao mesmo tempo lhes confere autonomias como entes federados e os obriga a negociar e pactuar suas autonomias, por exemplo, para articular e implementar a diretriz da Hierarquização e Regionalização dos serviços de saúde, o que só pode ser realizado em territórios regionais, envolvendo estados, Distrito Federal e municípios.

Pode-se dizer que o novo pacto federativo com a Constituição de 1988 foi orientado pelo novo pacto social. Já em 1993, quando a retirada truculenta da contribuição previdenciária 'quebrou' o SUS, obrigando o Ministério da Saúde a

emprestar do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), o impacto negativo abalou os gestores nacionais do SUS e também os estaduais e municipais, o que propiciou avançar o seu acumpliciamento na busca da sobrevivência do sistema e criação de mecanismos racionais realizadores com nova lógica, por exemplo: a criação das comissões intergestores Tripartite ao nível nacional e as Bipartites em cada estado, a criação dos Fundos de Saúde em todos os entes federados, dos repasses de recursos públicos, fundo a fundo, da extinção do ex-Inamps para a efetivação da direção única do SUS em cada ente federado, a primeira 'radiografia' das condições de gestão municipal (incipiente, parcial e semiplena) e outros, com significado claro de desdobramento e aprofundamento do pacto federativo constitucional e também de início de reforma de Estado na lógica do SUS, conforme já mencionado aqui.

Nessa ocasião, a Tripartite, recém-criada, discutiu e aprovou um documento que reaglutinou as forças da Reforma Sanitária incluindo o CNS e simbolizou a resistência ao desmanche do SUS e a combatividade para os avanços possíveis. Seu nome: "Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei". Aqui, o pacto federado antecedeu e induziu a retomada do pacto social. Passados mais de dez anos, durante os quais prosseguiu o refluxo dos movimentos sociais e classistas pelo SUS, e aumentou o imaginário desses movimentos em torno da solução por meio dos planos privados de saúde, outra vez os entes federados, em especial o Conass, o Conasems, e alguns pensadores/formuladores de estratégias no SUS, passaram por momentos de angústia e tensão a partir do final de 2004, com a revelação cada vez mais evidente de que o Governo Federal não aceitava a regulamentação da EC-29, equalizando os critérios de cálculo das contrapartidas federal (10%), estadual (12%) e municipal (15%), sobre as respectivas arrecadações, apesar de o projeto de lei ter dado entrada na Câmara de Deputados em 1º de janeiro de 2003. Este sentimento de frustração e angústia perante a manutenção do subfinanciamento e a impossibilidade da retomada efetiva da construção do SUS, gerou novamente, no seio dos gestores, movimentos na direção de novos desdobramentos e aprofundamentos do pacto federativo do SUS com grau de formulação estratégica até então não alcançado. Estes movimentos afloraram em uma primeira reunião informal entre dirigentes do MS, Conass e Conasems em agosto de 2004, prosseguiram os contatos pontuais, retornaram em concorrido Simpósio Nacional de Política de Saúde em junho de 2005, avançaram no segundo semestre desse ano e geraram, em fevereiro de 2006, a matriz básica do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Pela segunda vez os gestores nas três esferas federadas mobilizam-se e acumpliciam-se em defesa do SUS em momento crítico. Apesar de

esta extensa e rica pactuação ter sido discutida e aprovada no CNS e razoavelmente divulgada no interior do SUS, não há ainda sinais deste pacto sair do âmbito federativo e contagiar e induzir a retomada do pacto social. Resumindo: tivemos um pacto social – federativo em 1988, um pacto federativo-social em 1993 e um pacto por enquanto só federativo em 2006. São vinte anos entre 1988 e 2008, muito pouco no processo histórico para apagar a utopia da retomada do pacto social.

Gestão Democrática em Saúde

Considero como ponto de partida que a gestão colegiada, ao implicar, além dos dirigentes institucionais, também representações legítimas dos trabalhadores da saúde e dos usuários, sem que o órgão colegiado se expanda em assembléia (numérica e funcionalmente), tende a se desenvolver em nível mais elevado que a gestão tradicional, seja pela maior responsabilização e adesão dos trabalhadores envolvidos em torno da missão institucional, seja pela agilização da tomada e aplicação de decisões, tão cara aos defensores da gestão centralizada autoritária. Entre outras razões de sucesso da gestão colegiada, destaco o relacionamento proativo do colegiado com os segmentos representados, por meio de atas-resumo das suas reuniões e relatos pessoais pelo menos trimestralmente dos representantes aos coletivos dos representados.

Em decorrência desta consideração geral, julgo oportuno lembrar que a gestão colegiada pode e deve ser adequada e formatada no nível de cada instituição e seus principais órgãos, também no nível interinstitucional dentro do setor Saúde e também no nível intersetorial, no âmbito dos setores envolvidos nos determinantes sociais da saúde, como saneamento, meio ambiente, alimentação, habitação, trabalho, educação, segurança e outros. Obviamente, a gestão pelos colegiados interinstitucionais e intersetoriais realiza-se por meio de consensos e pactuações, informais e em diferentes graus de formalização e institucionalização. Exemplos ilustrativos de objetos da gestão colegiada são: o aclaramento das respectivas missões institucionais e setoriais, seus objetivos estratégicos na conjuntura, o planejamento/orçamentação participativos e ascendentes, a definição de metas de serviços a serem ofertados com os respectivos custos, a definição e pactuações das prioridades e etapas de acordo com as limitações dos recursos (financeiros, materiais e humanos), a definição de indicadores de desempenho, qualidade, eficiência e eficácia social, e o estabelecimento de meios de comunicação ampla e democrática à população usuária abrangida, como prestação de contas permanente.

Outro ângulo de entendimento da gestão participativa é o dos espaços mais 'macro' e mais 'micro' na formulação e realização da política e gestão pública. No mais 'macro' temos os níveis nacional, estadual, municipal e regional da política setorial de saúde, todos sob indução das políticas de governos e estas sob a indução da política de Estado. Nestes espaços não há como deixar de reconhecer a estreita interdependência dos pressupostos da Reforma Sanitária (e do SUS) com os da Reforma Tributária, da Reforma do Estado e da Reforma Política. Neste espaço, o ideário dos direitos sociais, de cidadania, da universalidade, integralidade e igualdade tem sua realização sobressaltada por estreitamento de caminhos, armadilhas, distorções, tensões e desgastes, ao se deparar com a correlação das forças políticas e valores predominantes. No espaço mais 'micro', no microprocesso de trabalho, na microgestão e na micropolítica, há mais gratificação com 'avanços' no desenvolvimento das subjetividades.

O que quero lembrar é que o processo transformador na implementação da política pública com base nos direitos de cidadania à saúde não separa, na prática política, o macro e o micro, com pena de tergiversar e postergar a própria transformação. O ativismo polarizado no macro, tende a produzir disfarçada tecnocracia e *nomenklatura* incapaz de se envolver e incorporar devidamente as realidades e os saberes do cotidiano do micro e, por isso, construir cumplicidades e alianças estratégicas imprescindíveis às transformações. O ativismo polarizado no micro, ao avançar no desenvolvimento de subjetividades individuais, gera usualmente a falsa impressão da construção de sujeitos políticos em engajamento no processo transformador, quando na verdade pode estar promovendo, em regra, o predomínio da construção de sujeitos individuais em detrimento da construção de sujeitos coletivos, forma disfarçada de alienação da transformação.

Um último ângulo que nos parece merecer destaque é o do esgotamento da força e do papel da gestão colegiada e outras formas de gestão participativa, quando os movimentos do seu desenvolvimento se satisfazem dentro dos limites do setor Saúde. Dado que a política pública de saúde tem mais determinantes nas políticas dos governos do que no interior do setor, torna-se imprescindível a mobilização e a atuação simultânea e permanente perante o poder Executivo, o Legislativo, o Ministério Público e o Judiciário. Ousaria dizer que o desafio desta militância é o da formulação e implementação de política pública de direitos sociais sob o paradigma da democratização do Estado, que, por sinal, era a grande bandeira da transição da ditadura para a democracia política nos anos 1980. Talvez esta bandeira tenha sido, a partir dos anos 1990, equivocada e ingenuamente arrefecida, e por isso vale

lembrar a importância da retomada dos movimentos em torno da reforma política e da reforma do Estado, inclusive quanto à construção de avanços da Democracia Participativa (e Direta) a fim de conviver, qualificar e 'democratizar' a Democracia Representativa. Em outras palavras: construir o desenvolvimento da Democracia Política rumo à Democracia Socioeconômica.

Participação e Controle Social no SUS

As disposições sobre controle social constantes na Lei n. 8.142/1990 tiveram sua gênese nos debates da Assembléia Nacional Constituinte, em 1987/1988; no histórico Simpósio Nacional sobre Política de Saúde, em 1989; nos debates da formulação e aprovação da Lei n. 8.080/1990; nos vetos presidenciais a essas disposições; nas conseqüentes reações da sociedade civil, parlamento e movimento da Reforma Sanitária e na formulação e a aprovação da Lei n. 8.142, ainda em 1990. Era a conjuntura de lutas sociais com utopias, avanços e confianças no futuro da implementação da política pública de saúde com base nos direitos sociais de cidadania. Essa conjuntura justificava plenamente não apenas o avanço que consistiu na criação das conferências e conselhos de saúde e suas atribuições legais, como também a perspectiva de que a partir daí a continuidade da democratização do Estado implicaria avanços permanentes das relações entre a sociedade civil e suas entidades, com seus representantes nas conferências e conselhos. É nesta perspectiva que se encontravam as atribuições legais das conferências de: a) avaliar a situação de saúde; e b) propor as diretrizes para a formulação de política de saúde. Assim como dos conselhos de: a) atuar na formulação de estratégias; e b) atuar no controle de execução da política de saúde.

Mas, a partir de 1989, outro processo concomitante acontecia: a reaglutinação dos segmentos sociais dominantes em reação aos pequenos espaços cedidos na década, o que envolveu a hegemonia assumida do sistema financeiro nacional/internacional, da especulação, da dívida pública crescente com altíssima taxa de juros, do Estado mínimo (para respaldar o desenvolvimento e proteger os direitos sociais), do Estado máximo (para arrecadar, pagar juros e terceirizar funções inabdicáveis), tudo sob a glorificação do mercado. Ao histórico sindicalismo trabalhista brasileiro, pelas centrais sindicais, foram sendo acrescentados desde a década de 1990 o sindicalismo de resultados e, por fim, o de negócios. Não por coincidência cresce de modo desmesurado o número de empresas de planos privados de saúde que ampliam agressivamente seu mercado de consumo para todos os segmentos

médios da sociedade, incluindo os servidores públicos, e também não por coincidência, neste mesmo período até os nossos dias a retração da contrapartida federal mantém o SUS extremamente subfinanciado.

Nesta nova conjuntura e correlação de forças sociais e políticas, as relações entre a sociedade civil e suas entidades com seus representantes nas conferências e nos conselhos avançam menos na linha da democratização do Estado e da satisfação dos direitos sociais de cidadania, e mais na linha da fragmentação dos direitos e dos pleitos em vários corporativismos no seio da sociedade, no setor privado original, no setor privado terceirizado e no setor público, entre os prestadores privados de serviços ao SUS, entre os prestadores públicos, entre os profissionais da saúde e entre os usuários. A democracia política reconquistada após a ditadura pouco transitou para a democracia socioeconômica, a democracia representativa não cedeu espaço para a democracia participativa e o processo de democratização do Estado não avançou. É sob esta nova perspectiva e correlação de forças que passam a desenvolver as referidas atribuições legais das conferências e dos conselhos.

Na primeira parte deste item, nossa intenção, entre outras coisas, foi deixar inequívoco que "não há como refletir e posicionar-se sobre a participação social, sem refletir e posicionar-se sobre a política pública, a gestão e seu financiamento público". Tomando as atribuições das conferências, com destaque na proposição de diretrizes para a formulação das políticas de saúde, e as atribuições dos conselhos, com destaque na atuação e na formulação de estratégias, emerge, a nosso ver, uma importante questão: qual relevância, acumulação de forças e avanços, desde 1990, em função dos mecanismos de políticas de saúde referidos na primeira parte deste item, com o objetivo de identificá-los, apropriar a sua compreensão e transformá-los na lógica das necessidades e direitos da população usuária? Desta questão decorrem outras quatro: com que ênfase, freqüência e consistência esse desafio de identificar, compreender e transformar vem constando nas deliberações dos conselhos e nos relatórios das conferências? Quais as relações desenvolvidas entre os conselhos e os gestores diante desse desafio? Qual tem sido a atuação permanente dos conselheiros perante as entidades da sociedade civil por eles representadas, visando à informação dos debates e deliberações dos conselhos, direcionada para a politização e mobilização? E, por fim: Quais as diretrizes para a formulação de políticas e as estratégias formuladas, geradas pelas conferências e conselhos desde 1990 e, dentre elas, aquelas que foram implementadas?

Apesar das reflexões e debates sobre estas e outras questões, ser desafio inabdicável dos atores do SUS – Conselhos de Saúde e seus segmentos, gestores do SUS,

Executivo, Legislativo, e outros – penso que o seu efetivo equacionamento se dará somente com a junção, no conjunto da sociedade civil, de certo grau de consciência dos seus direitos sociais, de consciência política e da consciência de que este conjunto pode alterar a seu favor sua relação com o Estado. Seria a retomada do pacto social esboçado entre 1984 e 1989, com maior participação da sociedade na discussão e formulação dos rumos para o que poderia vir a ser o seu projeto de desenvolvimento socioeconômico, incorporando agora, as atuais contingências da economia política.

Relação entre Formação de Conselheiros de Saúde e Participação Social

Acredito ser importante reconhecer que a formação de conselheiros inicia-se automaticamente sob dois importantes ângulos: o critério utilizado na indicação pela entidade representada e o próprio processo de participação nas reuniões mensais. Quanto ao primeiro, além da questão da representatividade do conselheiro, pode ocorrer a questão da sua vitaliciedade, isto é, o conselheiro e sobretudo a entidade subestimam a alternância da representação como salutar prática democrática que fortalece a entidade e amplia a formação de seus quadros. Além desses dois ângulos inevitáveis, é reconhecida a necessidade de haver iniciativas facilitadoras para os conselheiros visando ao seu acesso, de maneira sistemática, às informações e conhecimentos estratégicos sobre o desenvolvimento do SUS, principalmente no campo das políticas públicas, do planejamento setorial, da gestão pública e do seu financiamento. Não se trata, é óbvio, de uma visão talvez fantasiosa de conselheiros 'minissociólogos', 'miniepidemiologistas', 'miniplanejadores', 'minigestores', 'minieconomistas', etc., com o risco de ser reproduzida nos conselhos a fragmentação/especialização dos conhecimentos e respectivos desvios tecnocratas ou academicistas, quando não a instrumentalização de saberes tradicionais para outros pleitos que não a centralidade nas necessidades e direitos da população usuária. Trata-se, isto sim, de apoiar e compartilhar com os conselheiros, da formação e incorporação de saberes próprios, interdisciplinares, com viés estratégico de, por um lado, identificar os desvios estruturais na gestão do SUS e na atenção à saúde da população e, por outro, fornecer ferramentas de luta para a construção de novas estruturas na gestão. Estes saberes próprios podem e devem superar a mística de que são compreensíveis apenas pelos que possuem maior grau de instrução formal. A compreensão e apropriação dos saberes referentes aos mecanismos básicos das políticas de saúde e da gestão, que constroem a cidadania e aqueles referentes à segmentação

da população em faixas desiguais de acesso ao SUS e de acesso ao mercado, pode e deve ser possível para todos os graus de instrução e até para eventuais conselheiros semi-analfabetos, porém dignos da confiança das suas entidades para representá-las.

Em cada parte deste capítulo abordei aspectos que julgo relevantes para a relação entre a formação de conselheiros e a participação social, que sob este ângulo julgo oportuno serem revisitados.

Finalizo esta parte com quatro destaques:

a) A identificação, produção e apropriação de informações e conhecimentos estratégicos pelos conselheiros, em virtude do cumprimento das atribuições legais dos conselhos de saúde, devem ser adequadamente repassadas às entidades da sociedade civil representadas nos conselhos – seja por meio dos vários instrumentos de comunicação interna de cada entidade, como as pautas das reuniões de diretoria, das assembléias, periódicos etc. O repasse das informações deve ser por meio de súmulas do próprio conselho a todas as entidades e de relatos mais explicativos de cada conselheiro à sua entidade.

b) O acompanhamento das reuniões mensais das comissões intergestores bipartites e tripartites por representações de conselhos de saúde constitui fonte de grande consistência e relevância de informações e conhecimentos para a formação dos conselheiros, em especial sobre questões candentes da gestão pública em cada esfera de Governo Federal e das pactuações para a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS.

c) As atividades de identificação, produção e apropriação de informações, análises e conhecimentos pelos conselheiros podem obter parcerias das entidades vinculadas ao movimento da Reforma Sanitária brasileira, de áreas acadêmicas ligadas a políticas públicas, à saúde coletiva, à gestão pública, e outras. Estas parcerias devem estar sempre nucleadas pelas responsabilidades dos conselhos de saúde para com suas atribuições legais e para com a sociedade civil representada no intuito de contribuir para a sua politização, mobilização e participação na formulação e controle das políticas públicas.

d) Os conselhos de saúde são portadores de um potencial histórico muito rico, ainda pouco explorado, de relacionar-se de modo sinérgico com o Legislativo que, sob pressão da sociedade, criou o SUS e os próprios conselhos de saúde, e também sinergicamente com o Ministério Público, irmão gêmeo do SUS do mesmo parto democrático da Constituição Federal de 1988.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde. *Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Mais Saúde (PAC da Saúde): metas para 2008-2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CÂMARA dos Deputados. 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Carta de Brasília. *Saúde em Debate*, 29(70): 221-223, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2): 301-306, 2007.

CARVALHO, G. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impigem os que com ela lucram. *Saúde em Debate*, 29(69): 99-104, 2006.

CEBES. Diretoria Nacional. Editorial: Refundação do Cebes. *Saúde em Debate*, 29(71): 227-228, 2006.

CEBES. Diretoria Nacional. Editorial. *Saúde em Debate*, 30(72): 33-34, 2007.

CEBES. Diretoria Nacional. O Cebes na 13ª Conferência Nacional de Saúde. *Saúde em Debate*, 30(72): 129-138, 2007.

FLEURY, S. Proteção social em um mundo globalizado. *Saúde em Debate*, 29(71): 305-314, 2006.

FLEURY, S. O PAC e a Saúde. *Boletim Cebes*, 3: 1-2, 2007.

FÓRUM da Reforma Sanitária Brasileira: Abrasco/Cebes/Abres/Ampasa/Rede Unida. O SUS pra valer: universalizado, humanizado e de qualidade. *Saúde em Debate*, 29(71): 385-396, 2006.

RIZZOTTO, M. L. F. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor Saúde no Brasil nos anos 90. *Saúde em Debate*, 29(70): 140-147, 2006.

SANTOS, N. R. O desenvolvimento do SUS sob o ângulo dos rumos estratégicos e das estratégias para a visualização dos rumos: a necessidade de acompanhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2): 429-435, 2007.

PARTE IV

Trabalho e Trabalho em Saúde

7

Trabalho e Sujeito Revolucionário: a classe operária

Sergio Lessa

Um Pouco de História

Apesar de termos trocado de século já há quase uma década, continuamos na inércia da segunda metade do século XX. Aquilo que para Eric Hobsbawm pareceu ser um breve século (iniciado com a Revolução de Outubro, em 1917, e findo com a queda do Bloco Soviético, a partir de 1989) talvez termine por se revelar um século muito longo: não há indícios de que uma virada histórica esteja no horizonte.

A crise que culminou com a Primeira Guerra Mundial (1914-1918) fora o resultado do crescimento econômico – para os padrões de então – assustador nas três décadas anteriores. Essa mesma tendência se mantém: as novas condições históricas que tornaram viáveis a generalização dos métodos de gerência de mão-de-obra e de novas tecnologias que serão típicos do fordismo (Cf. Márcia Leite, 1989) conduzem à crise de 1929, esta desemboca na Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e, depois, em uma seqüência de revoluções que praticamente não se interrompe até o final dos anos de 1970 (Guerra da Coréia; derrota francesa seguida da intervenção e da derrota norte-americana no Vietnã; Revolução Argelina e Cubana que foram precedidas pela vitória do Exército Vermelho na China; guerrilhas anticoloniais na África que marcaram o fim do Império Português; a 'manutenção renovada' do *apartheid* na África do Sul depois da vitória do Congresso Nacional Africano (CNA); as vitórias guerrilheiras na Namíbia e na antiga Rodésia, atual

Zimbábue; e, por fim, a Revolução Iraniana, isto é, a derrubada do Xá Reza Pahlevi por uma insurreição no ano seguinte à vitória sandinista na Nicarágua).

Entre 1870 e 1970 o desenvolvimento foi de tal ordem que lançou as bases para a superação do fordismo e do Estado de bem-estar e para levar a humanidade a um novo patamar da reprodução do capital que István Mészáros, com sua arguta precisão, qualificou de "produção destrutiva". Por trás desse longo processo, *comme il faut* permeado por contradições e desigualdades, está em plena vigência a lei geral da acumulação capitalista. A determinação ontológica fundante do modo de produção capitalista (produz mais-valia antes que valores de uso) determina como será a distribuição da riqueza. Se produzirmos mais-valia, pela ordem 'natural' das coisas a riqueza será acumulada sob a forma de capital nas mãos dos burgueses e, aos trabalhadores restará o salário advindo do trabalho abstrato (novamente, aquele cuja razão de ser está na produção da mais-valia). Tal dinâmica inerente ao sistema faz que a abundância seja ontologicamente incompatível com o capital e, a partir dos anos 1970, aciona seus 'limites absolutos' (voltaremos a esta questão).

A incompatibilidade ontológica entre a abundância e o capital tem seu fundamento no próprio desenvolvimento das sociedades de classe. A exploração do homem pelo homem corresponde a uma necessidade histórica do período em que o trabalho excedente (o trabalhador produz mais do que o imprescindível à sua sobrevivência e, desse modo, sua exploração torna-se viável) coincide com a carência (isto é, a produção não é suficiente para todos). É na conjugação dessas duas determinações históricas que a exploração de massas de trabalhadores pela classe dominante permite um desenvolvimento das forças produtivas mais acelerado do que nas sociedades primitivas. Por isso, ao longo da história, as sociedades de classe predominaram sobre as primitivas e ocuparam todo o planeta. Essa é a causa fundamental da permanência das sociedades de classe – com seus peculiares processos de individuação (de consubstanciação dos indivíduos em personalidades) centrados na propriedade privada – desde a Revolução Neolítica (o salto ontológico no desenvolvimento das forças produtivas pela introdução da agricultura e da pecuária originou o trabalho excedente) até a Revolução Industrial (1776-1830). Esta, por sua vez, alterou essa situação ao romper com os limites humanos na produção.[1]

1 O desenvolvimento do mercado mundial e a abundância de desempregados na Europa favoreceram a passagem para um novo patamar de produção, agora voltado a todo o planeta. Nessas circunstâncias, era possível e necessário o surgimento de novas ferramentas, as máquinas ferramentas de que fala Marx. Se as ferramentas no passado eram quase sempre movidas pela força

E, pela primeira vez, a humanidade conheceu uma produção que é maior do que a necessidade de todos os indivíduos no planeta: passamos da carência para o período histórico da abundância. A transição para a abundância, contudo, foi o resultado do desenvolvimento do capitalismo, uma sociedade de classes, resultando em uma situação inédita: uma sociedade de classes em um período de abundância.

Uma das peculiaridades do modo de produção capitalista é converter todas as relações sociais (mesmo aquelas específicas dos processos de individuação) em relações mercantis. E as mercadorias devem ser vendidas para retornarem como capital à produção. Para serem vendidas com lucro, o valor das mercadorias (o tempo de trabalho socialmente necessário para sua produção) deve ser coberto pelo seu preço (a expressão monetária desse valor, que oscila também pela relação entre a oferta e a procura). Entre os séculos XVI e XVIII, durante o período que Karl Marx denominou de acumulação primitiva, em virtude da carência, a procura era maior do que a demanda e o preço tendia a ser maior que o valor. Com a abundância, esta situação se inverteu: a oferta tornou-se estruturalmente maior do que a demanda e os preços tenderam a cair abaixo do valor. A alternativa é baixar o valor da mercadoria diminuindo o tempo socialmente necessário para a sua produção pelo investimento em maquinários, tecnologia, gerenciamento 'científico' – o que significa que cada aumento da produção implica custos relativamente maiores. Por isso tendência à queda da taxa de lucros e as crises cíclicas, ambas expressões da contradição entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais burguesas.

Esta contradição é o fundamento da gênese e desenvolvimento de relações sociais que compõem o que Mészáros denomina de "produção destrutiva": uma produção que só pode gerar mais-valia se destruir a si própria e a humanidade. E, se essa era uma tendência que Marx e Friedrich Engels conheceram em seus dias, hoje ela assumiu uma dimensão e opera com uma intensidade que eles jamais imaginaram: não era então concebível que a humanidade se alienaria[2] a tal ponto e que chegaria a novo patamar de barbárie sem a revolução.

A articulação entre o fato de, hoje, o modo de produção capitalista ser o maior obstáculo histórico ao desenvolvimento das forças produtivas (mais sobre essa questão a seguir), e outro fato, o de que o capital apenas pode reproduzir-se

---

humana, agora elas serão movidas pela máquina motriz. O que significava que o fato de o homem possuir dois braços, duas pernas, uma determinada força física – ou seja, os limites biológicos, naturais, do corpo humano – deixa de ser um limite para o desenvolvimento das forças produtivas.

2 No sentido da desumanidade posta pelos próprios homens, no sentido como em *Entfremdung*.

aumentando incessantemente a produção, é a causa fundamental das tendências históricas que predominam por mais de um século. E isto tem feito com que o breve século XX de Hobsbawm se revele muito mais prolongado do que esperava o historiador inglês. Entre outros fatos, a queda do bloco soviético trouxe muito menos conseqüências históricas do que ele calculou – um equívoco que, de algum modo, foi compartilhado também pelos ideólogos da nova ordem mundial de Reagan e de Thatcher. O que a 'nova' ordem teve de verdadeiramente novo foi apenas uma nova forma das mesmas tendências históricas que já predominavam desde os anos que antecederam a Primeira Guerra Mundial.

Das duas guerras mundiais, passando pela crise de 1929 e outras crises não tão espetaculares, pelo amadurecimento e crise do binômio fordismo/Estado de bem-estar, e finalmente pela transição para a crise estrutural nos anos de 1970 e seus corolários (o neoliberalismo, a reestruturação produtiva e o fim do bloco soviético), as tendências históricas de fundo são sempre as mesmas: desenvolvimento de mediações, instituições, relações sociais, complexos ideológicos, os mais diversos, etc. para promover o consumo perdulário de uma abundância que, para o sistema do capital, deve necessariamente ter a feição fantasmagórica e ameaçadora da superprodução. O que poderia ser o maná tornado realidade não pela mágica do além, mas por Prometeu finalmente desacorrentado, se converte sob a regência do capital em seu oposto: nunca a sobrevivência da humanidade esteve tão ameaçada pelas potências por ela mesma desencadeadas.[3]

A abundância se converte, sob o capital, no desenvolvimento do complexo industrial-militar (que absorveu, no século XX, mais do que o dobro de tudo o que foi gasto para manter os carros andando, de petroquímica a ferros-velhos, de estradas, ruas e garagens a siderurgia etc.) e de um *way of life*, de um estilo de vida, que tem no estímulo ao consumo perdulário uma das suas características mais significativas. Em todas as esferas da vida cotidiana (alimentação, vestuário, lazer, transporte etc. – 10% do território estadunidense estão ocupados pelos carros) a marca do consumo perdulário vai se tornando cada vez mais importante no período entre-guerras para, nos anos de 1950 a 1960 explodir no fenômeno da 'sociedade de consumo de massas'.

A 'sociedade de consumo de massas' teve um enorme impacto nas discussões filosóficas, sociológicas e políticas: Herbert Marcuse anunciou o Homem

---

3 Gabriel Kolko (1994) em um estudo impressionante demonstra com detalhes como, de todos os fatores históricos singulares que atuaram no último século, o que mais contribuiu para moldar a humanidade que conhecemos foi a guerra.

Unidimensional, a Escola de Frankfurt anunciou a destruição da obra de arte pela sua reprodução mecânica. Em outro espectro ideológico, teóricos e estudos se sucederam a comprovar como o novo padrão de consumo garantiria não apenas a prosperidade eterna da ordem burguesa, como também o fim da luta de classes. Estavam enganados ao imaginar que o consumo de massas conduziria para além do capital. A necessidade que está na sua origem e desenvolvimento é a mesma causa das guerras mundiais, das muitas guerras menores, da corrida armamentista; tem a mesma causa do desenvolvimento da atual indústria da moda, do entretenimento, dos serviços; tem a mesma causa da transformação da medicina, da educação e da religião em elos da reprodução do capital; tem a mesma causa da conversão de nossas cidades em campos de batalha divididos entre aqueles que organizam uma defesa estática (os burgueses e seus auxiliares que se estruturam em condomínios) e os que fazem a guerra de movimento (as gangues, as milícias policiais, o crime organizado); tem a mesma causa da conversão das nossas vidas particulares nessa corrida desenfreada e ritmo ensandecido de que todos reclamamos. Esta causa é a contradição, cada vez mais aguda, entre a sociedade burguesa e o desenvolvimento das forças produtivas.

Antes de prosseguirmos, se impõe, hoje, uma ressalva desnecessária se houvéssemos mantido o contato com os clássicos. Afirmar que há uma contradição antagônica entre a sociedade burguesa e o desenvolvimento das forças produtivas não significa negar o fato evidente de que o capitalismo desenvolve a sua capacidade produtiva com uma intensidade e velocidade não apenas inéditas, como ainda mais intensas a partir de 1970. É evidente que o capitalismo não perdeu a capacidade de produzir novas tecnologias, novas formas de organização do trabalho, de circulação de mercadorias etc. Mas não é disso que se trata, pelo menos não quando a referência é Karl Marx e Geroge Lukács. Apenas reduzindo as forças produtivas à tecnologia – um equívoco bastante criticado entre os marxistas há algumas gerações – pode-se, partindo da tese de Marx, chegar à conclusão absurda da incapacidade de o capital desenvolver suas capacidades produtivas, ainda hoje, nas condições históricas de sua crise estrutural.

Para Marx e Lukács, o desenvolvimento das forças produtivas sempre foi muito mais que o desenvolvimento tecnológico, por mais importante que esse possa ser principalmente em alguns momentos da história. Para o pensador alemão (e também para o pensador húngaro), as forças produtivas é a capacidade humana em produzir a si própria como um gênero que se eleva, com avanços e recuos, a patamares superiores de sociabilidade. É o fundamento do processo de afastamento das

barreiras naturais que possibilita o destino humano ser cada vez mais intensamente determinado pelos homens.

O desenvolvimento das forças produtivas, desse modo, pode ou não ocorrer com o desenvolvimento tecnológico. Um caso extremo, sempre lembrado, é o do desenvolvimento das forças produtivas no escravismo clássico. Nesse período, quando o desenvolvimento tecnológico estava quase totalmente paralisado pelas relações de produção e, não obstante, pela organização da produção, pelo aumento da mão-de-obra escrava, pela ampliação do transporte e do comércio, pela ampliação dos impérios etc., o escravismo conseguiu desenvolver suas forças produtivas até o ponto de sua dissolução. No feudalismo, ainda que os obstáculos ao desenvolvimento de novas técnicas e ferramentas estivessem em larga medida removidos, se comparado com o escravismo, ainda assim a maior parte do desenvolvimento das forças produtivas do período não pode ser reduzida ao desenvolvimento tecnológico. Apenas no modo de produção capitalista maduro é que o rápido desenvolvimento de tecnologias gera a falsa impressão de que o desenvolvimento técnico é condição imprescindível e, ao mesmo tempo, sinônimo, do desenvolvimento das forças produtivas.

Quando Marx, Engels, Lukács e Mészáros mencionam o antagonismo entre o desenvolvimento das forças produtivas e a formação social contemporânea não estão – agora deve estar claro – se referindo apenas ao desenvolvimento tecnológico. Assinalaram que o desenvolvimento tecnológico e da capacidade produtiva humana sob a regência do capital não equivale ao aumento da capacidade da humanidade em assumir a história em suas mãos – como ocorreu no passado – mas, pelo contrário, implica a submissão da humanidade a forças que ela criou e que, hoje, não consegue controlar: o fetichismo da mercadoria e seu irmão siamês, a reprodução ampliada do capital, para sermos sintéticos. É o predomínio do capital na vida cotidiana, o momento predominante da reprodução da sociabilidade contemporânea, é ele a razão última de ser de uma humanidade que, ao mesmo tempo que é capaz de construir um acelerador de partículas que nos possibilitará conhecer processos que ocorreram no décimo sétimo milionésimo de segundo depois do Big-Bang, ainda precisa de crianças e velhos nas ruas para garantir, pela pressão do exército industrial de reserva, baixos salários para a maior lucratividade do capital.

Se reduzirmos as forças produtivas à tecnologia, não temos como escapar de um dos equívocos: ou negamos o antagonismo entre o desenvolvimento das forças produtivas e a sociabilidade contemporânea, ou deduzimos que a revolução está à

vista e que o capitalismo não mais pode desenvolver a produção. Ambas as teses são apenas distintas formas de redução do desenvolvimento das forças produtivas ao desenvolvimento tecnológico. Esse equívoco, bastante conhecido entre os marxistas de algumas gerações antes da nossa, e que foi objeto de uma dura crítica de Lukács a Nikolai Bukharin já na década de 1920 (Lukács, 1974), no debate contemporâneo sobre o trabalho foi renovado desde a década de 1960 pelos mais diferentes autores, das mais diferentes vertentes

Considerando a história da humanidade no seu conjunto, não é de se admirar, portanto, que o último século seja o que tenha conhecido mais guerras, mais destruição do humano e de humanos, tenham sido anos nos quais, como nunca, abriu-se um abismo entre o que a humanidade poderia fazer da sua história e o que parece ser nosso destino fatal. E que, portanto, a reprodução social seja, a cada dia, marcada por conflitos e situações-limites que reproduzem uma sociedade crescentemente militarizada, violenta e desumana.

É 'esta' – e não 'aquela outra' que reduz as forças produtivas à tecnologia – contradição antagônica entre o sistema do capital e o desenvolvimento das forças produtivas, entre o pleno desenvolvimento das capacidades humanas e o aumento da produção pelo desenvolvimento da tecnologia do capital, o fundamento do desenvolvimento histórico dos últimos 150 anos.

DO FORDISMO AO TOYOTISMO: POR QUE NÃO HOUVE RESISTÊNCIA?

Ao chegarmos à década de 1950, os partidos reformistas de extração stalinista ou social-democrata estavam, dependendo da realidade nacional, ou integrados ou em vias de integração com o Estado. Tanto num caso como no outro, a burocracia que dominava o movimento sindical consolidava suas posições explorando as novas possibilidades de negociação com o patronato. Nesse contexto de colaboração de classes mascarada como dura negociação, a luta ideológica vai ser cada vez mais marcada pela propaganda e pelo baixo nível teórico. Os partidos e o movimento operário serão, cada vez menos, o lugar da melhor ciência e da melhor filosofia, como no passado, e cada vez mais serão povoados por ideologias que justifiquem essa colaboração de classes. A decadência teórica era inevitável e deu origem a uma concepção simplista e ingênua, feita sob medida para tais burocratas, da reprodução da sociedade burguesa.

Tal concepção reduziu a reprodução do capital, de um processo complexo e muito rico, ao confronto político (nesse contexto, na verdade, político-parlamentar) entre duas classes sociais: a burguesia e os trabalhadores (não é à toa que o termo

'proletariado' vai caindo em desuso). Agora, todo aumento de salário era uma vitória do trabalhador contra a burguesia e, portanto, uma derrota desta. E o inverso também é verdadeiro: toda perda do trabalhador é automaticamente um ganho da burguesia. Desapareceram todas as complexas mediações inerentes à reprodução do capital que fazem com que o trabalho abstrato se sobreponha mas não se identifique ao trabalho. As mediações que fazem com que nem todo assalariado seja 'trabalhador' da mesma forma, já que não exercem a mesma função social, são simplesmente esquecidas. Os clássicos vão sendo rapidamente substituídos por manuais, a ciência pela propaganda, e a decadência teórico-ideológica da esquerda (um dos traços mais impressionantes do último século) está em plena marcha.[4]

Para tal concepção de mundo, o Estado de bem-estar tinha 'necessariamente' que ser, a princípio, uma vitória dos trabalhadores. E, se levarmos em consideração que nos embates cotidianos muitas das 'conquistas' tiveram sua origem imediata, pontual, nas reivindicações econômicas (no sentido leninista dessa expressão) da luta sindical e política da esquerda reformista, quando nas eleições (já convertidas na luta política mais importante da estratégia reformista), elas eram sempre apresentadas como 'avanços' da luta pelo socialismo. Quantas vezes não se argumentou, com base na famosa passagem de Marx em *O Capital* em que ele comenta que a jornada de dez horas é uma vitória da 'economia política do trabalhador',[5]que o Estado de bem-estar seria uma vitória ainda mais importante, pois abriria novas perspectivas estratégicas para a luta pelo socialismo.

Hoje, dois fatores nos permitem uma avaliação mais realista do Estado de bem-estar. Por um lado, a burocracia sindical reformista do passado mostrou sua alma de lobo sob a pele de cordeiro ao se converter em cristãos novos do neoliberalismo; por outro, se o Estado de bem-estar serviu de etapa transitória para algo, não foi para o socialismo e sim para o neoliberalismo.

---

4 Tratei disso em dois textos há alguns anos (Lessa, 1995a e 1997). Imprescindível é Fernando Claudin (1970).

5 Cristina Paniago (2003) tem a análise mais interessante dessa polêmica e dessa interpretação. O curioso é que, quase sempre, se esquece que a "economia política" é a ciência econômica clássica da reprodução do capital e que, dentro dela, o trabalhador apenas tem lugar como trabalhador abstrato (assalariado). A expressão "vitória da economia política do trabalhador" tem, por isso, um sentido preciso: não é uma vitória do trabalhador para além do capital, mas uma vitória do trabalhador no interior do capital. Tal vitória, a continuidade do texto de Marx aponta, longe de sinalizar para a superação do sistema do capital, será rapidamente convertida em mais um estímulo para o desenvolvimento do capitalismo. Por isso, nas últimas linhas de Salário, preço e lucro, é dito que cabe ao proletariado lutar contra o sistema de assalariamento, e não por um salário justo que corresponda uma jornada de trabalho justa (Marx, 1977).

Vejamos, como dizem os ingleses, o quadro mais geral. Se incluirmos os Estados Unidos, aproximadamente dez países no mundo conheceram as políticas sociais e a intervenção do Estado na economia típicas do Estado de bem-estar. Todos países imperialistas centrais: o significado do keynesianismo, como sabemos, foi inteiramente diverso para o Terceiro Mundo.

Foi pelas mãos do Estado de bem-estar que tivemos o desenvolvimento mastodôntico que converteu o complexo industrial-militar no setor mais importante da economia mundial. A Guerra Fria é obra do Estado de bem-estar bem como do stalinismo. Associado ao crescimento desse complexo, do ponto de vista político, tanto nos Estados Unidos como na Europa, com diferenças nacionais que não podem ser desprezadas, tivemos o crescimento e o fortalecimento dos aparelhos repressivos do Estado. No primeiro tivemos o macartismo e, no segundo (França), o gaullismo. Kate Millet narra em detalhes como nesses anos a tortura, quase desaparecida dos aparelhos judiciais, retornou mesmo em países democráticos como a França, a Inglaterra, a Alemanha[6] etc. Que 'vitória dos trabalhadores' poderia ser esta?

Uma das medidas do 'keynesianismo' que teve maior impacto no debate sobre o trabalho foi o fortalecimento das grandes centrais sindicais com o apoio do Estado, o que incluiu mecanismos de negociação de ramos industriais inteiros, por vezes com abrangência nacional. Esse fato era tido como a demonstração empírica irrefutável de que o Estado não seria o instrumento especial da classe dominante para reprimir os trabalhadores, mas sim uma instituição neutra que atenderia agora, também, aos trabalhadores. O fortalecimento sindical era também considerado uma prova irrefutável da democratização da sociedade e do Estado. E, ainda, com base naquela concepção simplista da sociedade, se era um avanço dos trabalhadores, a organização dos grandes sindicatos tinha necessariamente que ser uma perda para a burguesia. Daí que a burocracia sindical podia apresentar a sua suave e doce convivência com os patrões como 'luta dos trabalhadores' contra a exploração.

A realidade era muito distinta. O aumento da massa salarial nos países centrais era uma necessidade geral do sistema do capital, e o mecanismo que se mostrou ideal para tanto foi a organização dos grandes sindicatos sob a tutela do Estado. Eles possuíam a força para obrigar os empresários recalcitrantes a seguir os acordos pela força das greves e outras formas de pressão. E, como eram sindicatos

---

6 Anne Steiner e Loic Debray (2006) narram a tortura e o assassinato dos membros do grupo Baader-Meinhof nas prisões de segurança máxima da Alemanha. A barbaridade é inimaginável.

sob a tutela do Estado, sempre foram dóceis aos capitalistas. A burocracia sindical, que já era forte e atuante, encontrou nessa situação as melhores condições para desenvolver-se e encastelar-se no poder. Ela tinha os mesmos interesses do grande capital: manter negociações nos termos mais interessantes aos empresários que garantissem ganhos salariais e serviços (ou seja, o aumento do consumo de que o sistema necessitava para evitar a superprodução) – e, também, combater o desenvolvimento de lideranças e movimentos à esquerda. Para o Estado, havia ainda uma importante vantagem. Parte da repressão sobre qualquer alternativa mais radical poderia ser deixada a cargo da própria estrutura sindical. E, quando necessário, sempre se poderia lançar mão de mecanismos policiais ou paramilitares, para não mencionar a máfia e o crime organizado na Europa e nos Estados Unidos.

Como, naquelas circunstâncias históricas, aumentar o consumo era necessário e, ao mesmo tempo, possível (em parte por causa dos ganhos astronômicos das multinacionais no Terceiro Mundo), as concessões às pressões operárias e dos trabalhadores pela melhoria das condições de vida e trabalho eram não apenas possíveis, mas necessárias. E, se bem concedidas, poderiam ainda ter o 'saudável' efeito colateral de desautorizar a crítica revolucionária e fortalecer o poder da burocracia partidária e sindical aliada dos capitalistas. A direção hegemônica do movimento operário pegou a via de menor resistência (Mészáros, 2002) e se converteu em partícipe do Partido da Ordem (Marx, em *O 18 Brumário*). A criação das grandes centrais sindicais e a institucionalização dos direitos trabalhistas está muito longe de ter sido uma 'vitória dos trabalhadores'.

Com esse mesmo sentido foram implementadas as políticas públicas: só existiram quando foram vantajosas ao grande capital. O sistema de saúde universal e público, por exemplo, pela primeira vez converteu a medicina em *big business*. Hospitais, centros de tratamento e a indústria farmacêutica tiveram crescimentos sem precedentes. Os capitais investidos nesses setores exibiam elevadas taxas de lucro. Algo semelhante ocorreu com a educação. As encomendas de construção e manutenção de escolas, a compra de material escolar pelo Estado, o aumento da massa salarial paga pelo Estado na contratação de professores e outros profissionais etc. converteram, pela primeira vez, a educação em uma fonte de lucros para o grande capital. Com efeitos ideológicos consideráveis: a escola pública obrigatória demonstrou ser um mecanismo eficaz no controle dos trabalhadores e o aumento do nível de escolaridade elevou o padrão de consumo, entre outras coisas, por tornar o indivíduo mais permeável aos meios de propaganda – também à propaganda política. E, por fim, mecanismos mais diretamente econômicos como financiamento

da casa própria e salário-desemprego tiveram o mesmo impacto econômico que as encomendas do Estado para o complexo industrial-militar: evitar que a crise localizada de superprodução se generalizasse a toda a economia (o salário-desemprego) e/ou promover a elevação do consumo a um patamar que não ocorreria sem essa intervenção do Estado.

O Estado de bem-estar não foi uma vitória dos trabalhadores, mas sim uma etapa decisiva no desarme político e ideológico destes e uma submissão ainda maior da humanidade ao fetichismo da mercadoria e aos imperativos da reprodução ampliada do capital. Nenhuma vitória dos trabalhadores, nem qualquer acúmulo para a transição do socialismo pode ser nele localizado. O keynesianismo não serviu de mediação para o socialismo, nem no centro imperial do sistema do capital, nem em sua periferia. O Estado de bem-estar não foi, tampouco, um processo de democratização da sociedade e do Estado. Pelo contrário, reduziu ainda mais a capacidade de resistência aos processos alienantes do capital, concentrou o poder político nas mãos do grande capital, reduziu a autonomia relativa dos indivíduos com o fortalecimento, para sermos breves, do fetichismo da mercadoria. Para 'defender a democracia', os aparelhos repressivos reintroduziram a tortura e a perseguição da esquerda revolucionária foi intensificada. Não há aqui, também, qualquer campo para ilusões de que o Estado tenha se 'ampliado' pela incorporação dos interesses dos trabalhadores.

Não faz qualquer sentido o argumento de que o Estado de bem-estar fora a resposta dos países capitalistas à pressão do exemplo soviético. Ao nos aproximarmos da década de 1960, não apenas o prestígio da União Soviética entre os trabalhadores ocidentais estava em declínio, como ainda a convivência dos dois sistemas caminhava em águas de coexistência pacífica em plena Guerra Fria, um paradoxo apenas aparente. A URSS não representava qualquer ameaça revolucionária aos países capitalistas centrais. A disputa entre as duas potências se dava dentro de marcos não apenas aceitáveis, mas necessários, para o desenvolvimento do complexo-industrial militar e para a legitimação política interna de cada uma delas.

A CRISE DO ESTADO DE BEM-ESTAR E O OCASO DO FORDISMO

A década de 1960 assistiu aos primeiros movimentos da crise que poria fim ao Estado de bem-estar. As crescentes encomendas do Estado (com enorme peso para o complexo industrial-militar) e o estímulo ao consumo, aliado à crescente exploração da periferia do sistema, não mais eram suficientes para absorver os novos níveis de superprodução propiciado, para sermos breves, pelo fordismo e pelo

taylorismo. A Guerra do Vietnã aprofundou a crise ao aumentar os gastos estadunidenses muito além dos limites lucrativos. Serviu, também, para catalisar um movimento contestador do *status quo* que, mesmo limitado em seus propósitos e em seus alcances, acelerou o fim dos 'anos dourados'. Nos Estados Unidos a convergência do movimento pacifista com o movimento hippie e a luta pelos direitos civis, principalmente dos negros, paralisou a maior potência do mundo que, por vários anos, perdeu sua capacidade militar ofensiva. Na Europa, os anos 1960 foram conturbados e terminaram com 1968 mostrando a força e os limites da contestação. No restante do mundo, a crise econômica potencializou os movimentos de libertação nacional: guerrilhas na África, na Ásia, na Oceania e na América Latina. Até nos Estados Unidos o Exército Simbionês de Libertação Nacional fez sua aparição com o seqüestro de Patricia, da filha do milionário Hearst. E, na primeira metade dos anos 1970, a perda de poder militar ofensivo dos Estados Unidos abriu também espaço para o aumento do preço do petróleo pela Organização dos Países Exportadores de Petróleo (Opep), iniciando o que ficou conhecido como as duas crises do petróleo e gerando os petrodólares: bilhões paralisados nas mãos dos países exportadores de petróleo, principalmente do Oriente Médio. O perdularismo da economia estadunidense fez com que o aumento do custo da matriz energética tivesse um impacto muito maior sobre ela do que no restante dos países industrializados. No frigir dos ovos, até mesmo o Japão saiu-se melhor dessa crise que o gigante decadente da América do Norte.

A crise se manifestou, em um primeiro momento, por uma crescente saturação dos mercados consumidores do Primeiro Mundo. Produzir mais para baratear os preços e estimular o consumo alcançou seu limite; mesmo derrubando os preços não se obtinha um aumento substancial do consumo. As indústrias, sem poder abrir novos mercados, expandem tomando o mercado já saturado de uma concorrente. O tipo de investimento se altera: em vez de investir em novas indústrias e empresas, agora vence a concorrência aquela companhia que se apodera da outra. Entramos na fase das fusões.

Quando entrou em crise o círculo virtuoso keynesiano (maior produção equivale a menor preço e maior consumo), o defeito converteu-se na grande vantagem do modelo japonês: a produção em menor escala e ágil com base numa mão-de-obra barata e disciplinada. Em um mercado saturado não havia como as GMs e Fords da vida encararem as Toyotas do Oriente. Logo a economia japonesa conquistava fatias cada vez maiores do mercado da América do Norte.

O 'novo paradigma' – lembram-se como há pouco essa era a palavra da moda? – se inicia por uma produção flexível que incorpora mesmo as pequenas flutuações

do mercado, quer produzindo após a venda, quer produzindo à medida que as vendas vão se realizando. Toyota, no primeiro caso, e Benetton, no segundo, são os exemplos mais citados. A incorporação de tecnologias cada vez mais avançadas garante um barateamento do produto final (a TV LCD é muito mais barata de ser fabricada que a TV normal que ainda temos em casa) e o diferencial de qualidade que expulsará o concorrente do mercado – e, também decisivo, o controle ainda mais exato da obsolescência planejada.

Num segundo momento, trata-se de um novo patamar de controle sobre os trabalhadores – e não apenas dos operários. A articulação estrutural do crescimento da produção com a redução ou crescimento irrisório do mercado consumidor impõe a degradação das condições de vida e de trabalho tanto nos empregos parcializados, terceirizados, domésticos etc., como também nas plantas industriais e nos serviços. Tudo isso foi favorecido pelo desemprego crescente, a mais poderosa arma do capital para o desarme da reação coletiva dos operários e na promoção da submissão individual ao capital. A sobrevivência no emprego depende da máxima produtividade, mas, também, de um padrão de comportamento aceitável que desce a detalhes como, por exemplo, evitar sentar à mesa do almoço com qualquer liderança sindical. Fica na empresa aquele que consegue convencer o patrão de que vestiu a camisa.

Em um terceiro momento, o trabalhador ainda empregado sofre a concorrência direta, muitas vezes no mesmo local de trabalho, de todas as formas de terceirização possíveis e imagináveis. Com isso ele deve produzir mais do que o terceirizado – o que significa que ele deverá acatar condições de trabalho e remuneração que seriam inaceitáveis há poucos anos. E, como dessa atitude depende a manutenção do seu emprego, excluída a possibilidade da ação coletiva deve-se, individualmente, curvar-se às novas condições de exploração. Esse individualismo, ao mesmo tempo que é estimulado pela burocracia sindical, também fortalece essa mesma burocracia ao legitimar as suas negociações com os patrões. Por essas negociações os patrões levam tudo o que precisam – mesmo que leve um pouquinho mais de tempo – com a enorme vantagem de que os trabalhadores e operários chegarão ao absurdo de negociarem a demissão dos seus próprios colegas de trabalho. Se a solidariedade internacional fora há muito quebrada, agora trata-se de esfacelar a solidariedade mais banal e corriqueira: aquela entre trabalhadores explorados pelo mesmo patrão.

No quarto momento, com a pressão do desemprego e diante das possibilidades inerentes às novas tecnologias, torna-se viável que o mesmo trabalhador exerça

tarefas antes separadas pelo taylorismo: a produção e o controle. Isso não significa, veremos, que essas duas atividades distintas tenham se tornando a mesma, se imbricado ou se fundido. Pelo contrário, elas continuam tão distintas como antes. Por isso é mais lucrativo ao capital fazê-las executar pelo mesmo trabalhador que, em troca de um mesmo salário, cumprirá uma dupla tarefa. Possibilita enxugar a hierarquia das fábricas e aproximar os níveis mais elevados da gerência, controle e planejamento da linha de montagem. O que, não é preciso maiores argumentos, possibilita a extração mais intensa da mais-valia.

Em suma: uma exploração cada vez maior dos trabalhadores. E não apenas daqueles que continuam empregados com carteira assinada, mas também da enorme e crescente parcela de todas as modalidades de terceirizados e, ainda, daquele setor informal que faz parte, como qualquer outro setor, da reprodução ampliada do capital (Tavares, 2004).

Tais transformações tiveram impactos diferentes não apenas nos diferentes países, mas até mesmo em regiões distintas dentro de um mesmo país, ou diferentes ramos econômicos em uma mesma economia ou, ainda, em diferentes plantas industriais pertencentes a um mesmo ramo. Sem desconsiderar tais diferenças e sua evidente importância para a luta dos trabalhadores (e, também, para a gerência capitalista), o impacto na reprodução social é a concentração de uma riqueza inédita em seu volume e rapidez de crescimento nas mãos de uma parcela mínima da população mundial e o aumento da miséria (mesmo o aumento absoluto) para a maioria dos habitantes da Terra. Os dados que Mike Davis alinhavou em *Planeta Favela* (Davis, 2007) são suficientes: o crescimento exponencial da miséria em todo o planeta está convertendo os humanos em moradores de favelas, em sua maioria expressiva. E essa tendência vem se acelerando nas últimas décadas.

É assim que a crescente abundância de riqueza (já há muitos anos que produzimos mais de três vezes o montante de alimentos para matar todos do planeta de enfarto aos 35 anos de idade, temos hoje mais domicílios em São Paulo vagos do que famílias sem-teto, e assim por diante) é produzida em uma sociedade que deve, concomitantemente, gerar uma miséria crescente para a maioria da população. A contradição entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações de produção nunca foi tão evidente – de tão desumana.

Todas essas transformações, lembremos, tiveram lugar junto com tudo o que já foi sobejamente denunciado: a privatização dos investimentos públicos, o desmonte do Estado de bem-estar e todos os direitos dos trabalhadores pelos mecanismos que todos sofremos; a conversão das economias dependentes em exportadoras

de capital para os centros financeiros em uma base diária e com um montante de riquezas inédito; e, por fim, o crescente predomínio do capital bancário sobre o capital industrial, a tal ponto que hoje os bancos centrais estão entregues a banqueiros ou seus prepostos.

Pois bem, por que o proletariado não reagiu em defesa do Estado de bem-estar?

Em primeiro lugar, porque não foi o Estado de bem-estar uma vitória dos trabalhadores. Antes, foi uma mediação decisiva para a burguesia ampliar a extração da mais-valia naquelas circunstâncias históricas. Não havia qualquer razão para o proletariado assumir o Estado de bem-estar como seu projeto histórico. Ainda assim, por que o proletariado não polarizou os trabalhadores em uma resistência contra o desemprego e a piora das condições de vida e trabalho? Porque a única forma de luta possível, que poderia ter alguma chance de sucesso nas condições da crise estrutural do capital, era o confronto aberto e radical contra o desemprego e a precarização – justamente o que a prática de colaboração de classes de tantas décadas desautoriza e combate. Educados no reformismo, o proletariado e os trabalhadores em geral careciam de consciência, prática política e organização que possibilitassem a passagem para uma política ofensiva socialista (Mészáros, 2002).

Do ponto de vista histórico, estamos tratando de um problema mais profundo, mais geral. Cada classe social apenas pode se efetivar realizando a sua potencialidade histórica. Para a burguesia pré-Revolução Francesa só existia como possibilidade tornar-se classe dominante ou diluir-se socialmente no interior da aristocracia (como ocorreu, por exemplo, com a burguesia togada sob Luís XV e XVI). Não há, na história, a possibilidade de uma classe realizar apenas parte das suas potencialidades históricas, do mesmo modo que não se é possível estar apenas 'ligeiramente grávida'.

Ao proletariado há apenas uma possibilidade histórica possível: ser o antagonista do capital, como diz Mészáros. Não ser o antagonista do capital retira do proletariado sua identidade histórica e o reduz a parceiro da burguesia no desenvolvimento do sistema do capital – na mesma medida que o trabalho abstrato é a contraparte necessária (é uma determinação reflexiva)[7] do capital. No terreno típico das reformas possíveis, e não da destruição revolucionária do capital, o proletariado perde sua identidade de classe e se confunde, tanto ideológica quanto politicamente, com os outros setores assalariados, a maior parte deles exercendo as atividades de controle/repressão imprescindíveis para a reprodução do sistema do

---

7 Sobre a determinação reflexiva, conferir Lukács, 1974.

capital. É esse o solo social do reformismo, que tem por fundamento a defesa da distribuição de renda, o cooperativismo, as redes de solidariedade: o projeto de um capitalismo de face humana, enfim. Quase tudo se resume, nesse campo, à pequena propriedade privada.

O que o stalinismo e a social democracia fizeram foi promover a conversão do movimento operário (atenção, não da classe operária), de antagonista histórico da ordem burguesa a integrante do Partido da Ordem. Enquanto havia espaço para as concessões no interior da ordem burguesa, essa integração não apenas foi possível, como ainda necessária. E a ampliação do consumo de que o capital necessitava serviu para legitimar essa conversão. Quando a crise estrutural anunciou o fim dessas possibilidades e as negociações passaram a ser ao redor, não da ampliação do consumo, mas da promoção ordenada do desemprego e da piora das condições de vida e trabalho, o passado começou 'a oprimir feito um pesadelo o cérebro dos vivos'. Como parceiros do capital, como integrantes do Partido da Ordem, aos trabalhadores e operários cabia apenas aceitar que não haveria alternativa ao neoliberalismo: melhor negociar o desemprego que resistir coletivamente na defesa do emprego de todos. As câmaras setoriais em nosso país foram apenas a forma particular, brasileira, dessa nova modulação da colaboração de classes em tempos de crise estrutural.

É importante chamar a atenção para a importância do pós-modernismo nesse processo. Sua promoção do individualismo mais tacanho pela negação da história e da totalidade, sua denúncia das grandes narrativas (Lyotard, 1984) teve um papel importante na forma como os trabalhadores e os operários absorveram os acontecimentos históricos das últimas décadas do século XX: não apenas o fim do bloco soviético, mas também a falta de resistência dos trabalhadores à avalancha neoliberal. A vitória do capital só pode ser tão avassaladora porque os trabalhadores estavam convencidos de que não haveria qualquer alternativa ao capitalismo. Em um primeiro momento acreditaram que Thatcher, Reagan, Fernando Henrique etc., seriam a melhor resposta para superar a crise, depois acreditaram que Tony Blair, Clinton e Lula seriam as melhores alternativas para reverter as tendências históricas do capital em crise – e, desse modo, apoiaram eleitoralmente a substituição do Estado de bem-estar pelo Estado neoliberal. Essa trajetória, evidentemente, é a prossecução histórica da redução do antagonista do capital a integrante do Partido da Ordem.

Da resistência coletiva, de classe, passamos pela submissão individual de cada trabalhador ao seu patrão. No cerne do processo produtivo, instaura-se a luta de

todos os operários contra todos os outros pela defesa do emprego ainda existente. Tal individualismo, por sua vez, foi favorecendo a ausência de uma resposta coletiva que devolveria ao proletariado sua identidade de classe. E não encontraram tal resposta coletiva – uma vez mais – também porque a burocracia sindical e partidária fez de tudo para que ela não se concretizasse sempre que a possibilidade se colocou na luta de classes.[8]

Esse individualismo que quebra a solidariedade de classe mais banal entre os trabalhadores de uma empresa está também presente, *mutatis mudandis*, em todas as outras esferas da sociedade. No outro extremo da pirâmide social, por exemplo, a saturação dos mercados associada à concentração de renda se expressam, também, na gênese e desenvolvimento de um mercado de luxo que, nas condições de crise, possui um peso econômico crescente e que precisa ser acelerado para que o consumo se expanda. Não apenas a indústria da moda tem sido muito influenciada por tal tendência, mas também a de outros produtos como iates, helicópteros, condomínios de luxo, *shopping centers*, alimentos e bebidas etc. E uma das maneiras de ampliar o consumo desse setor – com conseqüências sobre o comportamento de outros setores não tão ricos – é a exploração da angústia e a depressão. Fazer compras passa a fazer parte dos mecanismos de consolo para uma subjetividade perdida em si própria e que não pode encontrar na propriedade privada a razão de uma existência fraturada pela crise estrutural do capital.[9]

Este é um processo complexo, pleno de contradições e desigualdades que não podemos sequer mencionar pela absoluta falta de espaço. O que a nós é imprescindível, aqui, é indicar como há uma correspondência rica de mediações entre o que ocorre no interior das fábricas e nas esferas ideológicas 'mais elevadas' da filosofia, da arte, da religião etc. A negação da história e do universal pelo pós-modernismo, o elogio do fragmento e do instante presente e a desvalorização do humano-genérico pela dita arte pós-moderna, o individualismo religioso das novas seitas, crenças, terapias alternativas etc., é o outro aspecto do mesmo individualismo que, no interior do movimento operário, convence o trabalhador de que é melhor ele se tornar um 'empreendedor' fora da fábrica, um novo Bill Gates, do que se organizar com seus camaradas para a resistência. E quando o óbvio ocorre e ele não se converte em um bilionário, a culpa é apenas dele que não foi 'capaz'. É esse

8 Entre nós, lembremos a vergonhosa atuação da CUT quando da greve dos petroleiros no início da era FHC. Uma vitória dos petroleiros, naquelas circunstâncias, poderia ter alterado decisivamente o quadro político.

9 Tratamos dessa questão, também, em Lessa (2006).

mesmo individualismo que convence o operário desempregado de que a direção sindical agiu em seu favor ao negociar sua demissão voluntária e que o partido 'dos trabalhadores' que revogou muito dos direitos é, de fato, defensor dos trabalhadores. É isso que possibilita que Vicentinho pose de herói ao retornar da Alemanha depois de negociar a demissão de trabalhadores e que seja um exemplo a ser seguido quando se converte em garoto-propaganda de uma universidade cujo proprietário é um conhecido bicheiro em São Paulo. O mesmo trabalhador que 'voluntariamente se demite' é o indivíduo que paga o dízimo das novas seitas para que seu negócio prospere, é o indivíduo que está convicto de que a ação coletiva contra a miséria não passa de uma quimera e que se atira no mundo como um 'lobo do próprio homem'.

A vitória do capital tornou o fetichismo da mercadoria de tal modo predominante que, ainda que a prática demonstre cotidianamente a impossibilidade histórica de saídas individuais, as pessoas tendem a acreditar mais em ilusões que em potencialidades reais. Essa alienada conexão do indivíduo com o gênero pelo fetichismo da mercadoria atua não apenas na reprodução ampliada do capital, mas também na consubstanciação das nossas personalidades individuais. Mais especificamente, a síntese entre a ação do fetichismo da mercadoria na consubstanciação tanto das individualidades quanto das tendências histórico-universais, se expressa, em nossos dias, também por esse fenômeno ideológico que é o individualismo onipresente, que vai dos filósofos pós-modernos da Sorbonne ao pastor evangélico de um bairro da periferia de Maceió. E este fato é também um reflexo da ausência da classe operária como antagonista do capital e, ao mesmo tempo, contribui para a manutenção da perda da identidade de classe do proletariado.

Em última análise, a redução da classe operária à parceira da burguesia é uma pesada herança dos anos dourados do Estado de bem-estar e do stalinismo. A concepção de fundo, tanto do stalinismo quanto dos socialistas reformistas, de que a expansão dos direitos dos trabalhadores, por 'meio do Estado', pela 'mediação do Estado' (Marx, 1969; Lessa, 2007b) possibilitaria impor progressivamente limites à atuação do capital, de tal modo a transitar-se para o socialismo, revelou seu verdadeiro papel histórico ao deixar os trabalhadores desarmados ao se iniciar a crise estrutural do capital. Acostumados à política parlamentar e ao jogo sindical oficial, reduzidos ao campo da ordem, os trabalhadores terão, mais cedo ou mais tarde, que romper com tais amarras para darem conta dos desafios das últimas décadas. E, então, encontrarão na burocracia sindical e partidária seus primeiros inimigos de classe: tem sido ela a primeira linha de combate da burguesia contra uma alternativa à esquerda no seio dos trabalhadores.

Essas são algumas das mediações importantes que nos conduziram a um estado de espírito para o qual não há alternativas ao capital. Aceita-se como evidência que esse contexto contra-revolucionário, de um período necessariamente transitório, seria a condição eterna da existência humana. O pressuposto é que a história sempre será igual ao presente. O possível se reduz ao acúmulo de forças no interior do Estado, o que, no final, não significaria muito mais do que a conquista de ainda mais sinecuras para tais burocratas. Essa é a continuidade historicamente possível, em tempos neoliberais, da tese reformista típica segundo a qual a história se faz 'pelo' e 'através' do Estado. Para tal ideologia, caem como uma luva as teses que postulam terem se alterado em suas essências as classes sociais, o capitalismo e também o Estado. À burocracia sindical e partidária apenas é possível justificar a sua assimilação ao Estado se este puder ser apresentado não mais como instrumento especial de dominação, mas sim como uma instituição neutra que poderia servir à burguesia e aos trabalhadores, dependendo da correlação de forças.

Em linhas gerais – portanto, atendo-se aos seus traços mais fundamentais –, a perda da identidade da classe operária e sua conversão em parceira da burguesia se deu sob a égide das teses reformistas típicas da social-democracia e do stalinismo. E tais teses predominaram porque eram expressões da vida cotidiana em um capitalismo que, ainda que intensamente alienado (no sentido de *Entfremdung*, das desumanidades socialmente postas), não havia atingido a sua crise estrutural, não havia acionado os seus 'limites absolutos'. Quando estes foram, finalmente, acionados, os derrotados imediatos foram os assalariados.

OS LIMITES ABSOLUTOS

Como prometido, vamos agora aos 'limites absolutos', um dos elementos-chaves da interpretação de Mészáros da crise contemporânea.[10] Segundo o pensador húngaro, até a década de 1970 a reprodução ampliada do capital, por mais problemática e contraditória, possuía condições de deslocar suas contradições para o futuro (e sempre para patamares mais elevados) quer pela criação de novos mercados, quer pela ocupação de novos territórios no planeta, quer pela ampliação do mercado consumidor nos países imperialistas (Estado de bem-estar), quer pelo recurso sistemático às guerras e, ainda, pela destruição do planeta. Assim, crises tão graves e sérias como as duas guerras mundiais ou a crise de 1929 terminaram elevando o capitalismo a novos patamares.

10 Não é essa a minha área de atuação nem de investigação. Outros pesquisadores têm se dedicado ao estudo da obra de Mészáros e o que aqui se segue é devedor dessas investigações.

Em 1970 esse quadro se alterou radicalmente. As possibilidades de deslocar as contradições não mais conseguem reverter a crise, que se converte, então, em uma crise contínua. A continuidade passa a ser a crise, um *continuum* de crise como diz Mészáros. Nessas novas condições, os mecanismos anteriores continuam operando e até mesmo se intensificam, ainda assim não conseguem reverter sequer momentaneamente a crise. O perdularismo do sistema do capital teve, então, que se elevar a um novo patamar: o deslocamento das contradições para o futuro e para novos patamares de tensão apenas é possível pela 'produção destrutiva'. As alternativas são tão estreitas para a continuidade da acumulação capitalista que esta só ocorre destruindo seus próprios pressupostos, isto é, suas possibilidades de continuar produzindo no futuro os meios de produção e de subsistência que lhe são imprescindíveis. É assim que o ser social tem os seus fundamentos colocados sob imediata ameaça e não há complexo social que escape da crise, dos times de futebol aos indivíduos, da matriz energética às igrejas. O individualismo pós-moderno tem nesse contexto um enorme campo de expansão: é a válvula de escape aos indivíduos mergulhados em uma sociabilidade que vê dissolver seus próprios fundamentos em uma desumanidade crescente. Da violência urbana aos genocídios nos Bálcãs, da concentração de renda à destruição da base produtiva de regiões enormes, como ocorre na África subsaariana, do trabalho escravo na indústria da moda (*slaveshops*)[11] às gangues de Nova York, Paris e São Paulo – o Estado, a sagrada ordem jurídica burguesa, a 'ética do trabalho' (a expressão mais pura do empreendedorismo burguês), a família patriarcal, o emprego e o assalariamento, numa lista infinita, são pilares da sociedade burguesa que vão cotidianamente se diluindo em caos.

E tais fundamentos estão em dissolução pela mesma razão que foram fundados e se desenvolveram no passado: as necessidades da acumulação do capital. A taxa de lucro tende a cair em uma velocidade inédita na história na medida que a concorrência intercapitalista no contexto da abundância (do ponto de vista do capital, da superprodução) requer o aumento da produtividade pela elevação dos investimentos em máquinas e tecnologias (no capital constante, para sermos breves). Se antes era preciso a ordem burguesa para que a acumulação seguisse seu curso, hoje a acumulação apenas pode prosseguir se devorar essa mesma ordem pela destruição do trabalho vivo que é o seu fundamento ontológico. A única e última forma histórica de o capital continuar a reger a sociedade no dia de amanhã é

---

11 Ross (1999) é um dos textos mais interessantes de uma bibliografia que está se tornando vasta.

destruir as condições para que possa fazer o mesmo depois de amanhã. É isto, enfim, que diferencia a presente crise de todas as anteriores: os 'limites absolutos' do sistema do capital foram, finalmente, atingidos. E, por isso, pela primeira vez na história, a contradição entre o desenvolvimento das forças produtivas e a ordem burguesa atingiu o patamar explosivo da 'produção destrutiva'.

No período em que tais limites ainda não haviam sido atingidos, as crises revolucionárias não conseguiram se generalizar. O sistema do capital possuía, então, os recursos necessários para isolar tais crises e fazer que em tais revoluções, pelas vias mais diversas, não se rompesse o sistema do capital. Por outro lado, a saída nacional – portanto, no interior dos limites da ordem burguesa – para tais crises era ainda uma possibilidade a ser explorada, como o foi, pelas tendências termidorianas no interior dos próprios processos revolucionários. Daqui o predomínio do stalinismo (e sua variante, o maoísmo) no movimento operário revolucionário até a década de 1960; daqui a sua decadência posterior.

Nos países imperialistas, as possibilidades de deslocamento das contradições associadas às necessidades de um mercado consumidor mais volumoso favoreceram o predomínio das propostas reformistas típicas da II Internacional – organização global de partidos sociais democratas, socialista e *labour* (trabalhistas) fundada em 1889, pela facção marxista após a cisão da Associação Internacional dos Trabalhadores, sendo por isto também chamada de Segunda Internacional. O reformismo no movimento operário mais desenvolvido se associou historicamente às alternativas termidorianas nos países que fizeram revoluções e a conseqüência dessa derrota histórica foi o desarme ideológico e político, prático e organizacional, da classe operária em escala planetária.

O PERÍODO CONTRA-REVOLUCIONÁRIO: OS TRABALHADORES DESARMADOS

As revoluções são relativamente recentes na história. O patamar de desenvolvimento das forças produtivas (das capacidades humanas) imprescindível à sua eclosão foi atingido apenas com a acumulação primitiva e a primeira revolução foi a Inglesa do século XVII. Todavia, a primeira revolução no sentido planetário-universal do termo foi a Francesa (1789-1815). Ela converteu não apenas a Europa em um território fundamentalmente livre para o desenvolvimento das relações capitalistas de produção, como ainda reordenou o mundo colonial para o mais pleno desenvolvimento do mercado.

Desde a Revolução Francesa até os nossos dias, nunca a humanidade ficou tantos anos seguidos sem ao menos uma revolução na ordem do dia. Talvez os 46

anos entre a Comuna de Paris e a Revolução de 1917 possam ser comparáveis no tempo, mas não na intensidade. Em seu interior tivemos a Revolução Russa de 1905, a Guerra dos Bálcãs com um cenário revolucionário no horizonte, o desenvolvimento dos grandes sindicatos e partidos social-democratas, principalmente na Alemanha etc. E foi um período de efervescência teórica, com Lênin, Rosa, Trotsky sendo o ápice de uma ou duas gerações de pensadores ainda por serem igualadas.

Desde 1949, com o final da Revolução Chinesa, tivemos poucos e isolados movimentos revolucionários. Cuba, Argélia e Vietnã, na década de 1960, são seguidos da queda do Império Português na África em meados de 1970 e, depois, ao final desta década, a tomada do poder pelos aiatolás no Irã e a queda da ditadura Somoza na Nicarágua. Nenhum desses movimentos, exceto a Revolução Chinesa, teve impacto internacional considerável. Os acontecimentos no Irã e na Nicarágua dificilmente poderiam ser caracterizados como uma revolução socialista, nem sequer nas suas intenções; todavia, mesmo que o fizéssemos, ainda assim seriam, desde 1979, cerca de 30 anos sem revoluções! Se formos mais rigorosos, já estamos há 60 anos (desde a entrada do Exército Vermelho em Pequim) sem revoluções – e sem indícios de que este quadro esteja por se reverter no curto prazo.

Um período contra-revolucionário caracteriza-se não pela ausência de conflitos, revoltas, guerras, guerras civis, massacres etc. Isto faz parte do modo de ser do capitalismo (é dele uma determinação ontológica). Capitalismo e as mais variadas formas de conflito são, com algum exagero, sinônimos. O que diferencia um período revolucionário de um período contra-revolucionário é o sentido histórico que os conflitos assumem – e este sentido é dado pela totalidade, pelas tendências históricas universais subjacentes a cada conflito, já que é a totalidade o momento predominante da reprodução social.[12] Hoje, os conflitos evoluem (ou involuem) no sentido da absorção pelo sistema do capital e não de sua ruptura. Os conflitos não se generalizam e, isolados, são, mais cedo ou mais tarde, dominados pela ordem do capital.

A complexidade da situação em que vivemos tem, portanto, duas determinações básicas. Primeira, a classe operária não comparece na reprodução da sociedade como o antagonista do capital que ontologicamente continua sendo (voltaremos a esse aspecto mais à frente); segunda, vivemos um período contra-revolucionário que coincide por décadas com a crise estrutural do capital. Em outras palavras,

---

12 Porque é a totalidade a mediação entre a economia, que contém em seu interior o trabalho, a categoria fundante de cada sociabilidade, e os complexos sociais parciais. Tratamos disso, com algum cuidado, em Lessa (1995b e 2002).

ainda que continue a produzir o 'conteúdo material da riqueza social', a classe operária apenas pode fazê-lo sob a forma de capital. O que significa, sem remissão, que produz a potência social que a oprime e expropria. Este fato da vida ou adentra à consciência proletária que, assim, pode responder à essa situação de modo revolucionário ou, então, não o faz e a classe operária fica reduzida a um apêndice da burguesia. Apêndice, porque será sempre a extensão do capital constante no processo produtivo; apêndice porque será a burguesia que dará as cartas na condução da sociedade. Todavia, esse fato da vida é fundante da sociedade burguesa e, mais cedo ou mais tarde, se fará presente na consciência dos trabalhadores – afinal, a existência determina a consciência.

A segunda determinação decisiva do momento em que vivemos é a coincidência, inédita na história, de uma crise contra-revolucionária com o início da crise estrutural do capital. Se as misérias do presente não são enfrentadas como tais, se as causas mais profundas não podem ser confrontadas como causas (Mészáros, 2002), a produção destrutiva tem apresentado, e continuará a apresentar no futuro, uma única possibilidade: a superação do capital ou a destruição da humanidade – quer por uma hecatombe ecológica, nuclear, uma epidemia, ou mesmo uma crise geral do sistema que promova uma regressão das forças produtivas sem que seja rompido o sistema do capital.

O que particulariza nosso momento histórico é, portanto, a sua instabilidade. Nenhuma das tendências de fundo que têm predominado nas últimas décadas reúne condições para continuar a predominar indefinidamente. Mais cedo ou mais tarde a consciência proletária se aproximará de suas reais condições de existência e a crise estrutural encontrará sua expressão revolucionária. E tal como esse é um período contra-revolucionário *sui generis*, também o será a crise revolucionária que virá: a primeira irremediavelmente planetária, na qual as saídas nacionais (vale dizer, termidorianas) não mais serão possíveis porque nenhum dos problemas decisivos poderá ser encaminhado nas fronteiras nacionais.

O desenvolvimento desigual e combinado parece cobrar da humanidade um elevado preço: a humanidade tem permitido que as tendências mais intensamente alienadas (a 'produção destrutiva') predominem na história apesar das crescentes potencialidades revolucionárias. A classe operária continua dominada pela concepção de mundo reformista/individualista e, portanto, ideologicamente está desarmada para fazer frente ao aprofundamento de sua exploração e despreparada para assumir sua identidade de sujeito revolucionário. As personalidades de cada um de nós, tipicamente, involuem buscando se constituir em impossíveis mônadas,

com uma existência independente da história. A cisão *citoyen/bourgeois*, que é uma das determinações ontológicas do homem burguês, se aprofunda e a integridade da personalidade é ameaçada pelos processos alienantes cotidianos. A expressão afetivo-individual desse quadro está no fato de ser a depressão, hoje, a maior causa de perda de jornadas de trabalho por doenças nos Estados Unidos e, entre nós, a segunda causa. A expressão genérica é o novo patamar do antagonismo entre as relações de produção capitalistas e o desenvolvimento das forças produtivas que se expressa na 'produção destrutiva'. Este é um quadro típico de um período contra-revolucionário. E, uma vez mais, como em todo período contra-revolucionário, as contradições se aguçam a cada dia.

Tanto quanto eu consigo entender desse complexo processo – e com a certeza que o seu conhecimento apenas pode se dar por aproximações sucessivas, pois muitas de suas determinações mais importantes apenas se revelam como tais posteriormente – é este o pano de fundo da discussão sobre o trabalho e das classes sociais: o mais intenso e, talvez, mais extenso período contra-revolucionário conhecido pela humanidade, no interior do qual a classe operária continua sendo fundante da ordem capitalista embora não compareça nas lutas de classe como antagonista do capital que é. Perdida a sua identidade – perdida a sua conexão com a história – aparentemente ela se dilui entre os outros assalariados. Perdida a sua identidade, os caminhos da revolução aparentemente teriam se desviado: agora ela se daria pela mediação do Estado e da luta parlamentar; ou então, pela mediação do Estado de tipo soviético. Sem o proletariado como sujeito revolucionário, é necessário um novo projeto de revolução: não é por acaso que os novos projetos, em sua quase totalidade, degradam a revolução levando-a a algo compatível com a manutenção da propriedade privada.

É nesse contexto que ocorre o anúncio do fim do trabalho e da classe operária.

O Debate sobre o Trabalho

Permitam-me uma pequena provocação. Apesar de todas as mudanças, nas fábricas e no campo continuamos a ter trabalhadores manuais; tanto nas fábricas como no campo continua a haver uma clara distinção hierárquica entre aqueles que controlam/comandam o processo produtivo e aqueles que executam a produção; nos serviços, o mesmo. Nas nossas cidades continuamos a ter bairros residenciais burgueses e bairros de trabalhadores; continuamos a ter *shopping centers*, feiras, lojas, fábricas e oficinas; continuamos a conhecer a distinção entre bairros residenciais

e zonas industriais ou comerciais etc. Se é verdade que vivemos em um turbilhão de transformações, também é verdade que esse turbilhão nem ocorre por acaso nem é carente de uma direção; ocorre no interior do modo de produção capitalista e continuam tendo como seu momento predominante as tendências históricas universais que lhe são essenciais: a reprodução ampliada do capital e sua determinação reflexiva, o fetichismo da mercadoria.

Todavia, se examinarmos parte substantiva da copiosa bibliografia sobre a relação entre o trabalho e a sociedade, desde a passagem da década de 1950 para a de 1960 até hoje, é enorme a quantidade de autores que afirmam justamente o oposto: as novas tecnologias – sejam elas a automatização da década de 1960, seja a automação do final do século XX – promoveriam tal alteração no modo de produção que as classes sociais estariam vivendo uma alteração essencial. Esse espírito do tempo se fez presente em uma quase infinita lista de autores. *La Nouvelle Classe Ouvrière*, de Sergio Mallet (1963) talvez seja o primeiro clássico. A automatização e as novas tecnologias promoveriam a incorporação, no trabalho manual, de "operações estritamente intelectuais" (Mallet, 1963: 9) o que, por sua vez, conduziriam às "'fábricas sem operários' da automatização, telecomandadas a distância e supervisionadas por telas de televisão dos escritórios técnicos da direção parisiense." (Mallet, 1963: 139-140) O engenheiro estaria se convertendo em "proletário" (Mallet, 1963: 12-13), "os serviços dos escritórios que preparam as condições da produção propriamente dita" (Mallet, 1963: 13) teriam se convertido em trabalho produtivo, de tal modo que "a força manual de trabalho cede lugar ao exercício das faculdades psicofisiológicas, a fatiga nervosa substitui a fadiga física" (Mallet, 1963: 12-13).[13]

Harry Braverman, em seu *Trabalho e Capital Monopolista* (primeira edição em 1974), chega a conclusões semelhantes por um outro viés. Em vez de, como em Marx e na economia política clássica, caracterizar o trabalho produtivo como aquele que produz mais-valia, e o improdutivo como o que não a produz, ele propõe: trabalho produtivo é aquele incorporado à circulação do capital e o improdutivo o que ainda não o teria sido – os remanescentes dos modos de produção anteriores,

---

13 Essa tese se tornou tão corriqueira que mesmo autores contemporâneos, mais de meio século depois, a repetem, por vezes quase literalmente: as mutações do mundo do trabalho estariam promovendo "uma crescente imbricação entre trabalho produtivo e improdutivo no capitalismo contemporâneo", de tal modo que "talvez se possa dizer que o dispêndio de energia física da força de trabalho está se convertendo, *ao menos nos setores tecnologicamente mais avançados do processo produtivo,* em dispêndio de capacidades intelectuais" (Antunes, 1999: 129).

já que, com o desenvolvimento do capitalismo, "quase toda a população transformou-se em empregada do capital" (Braverman, 1981: 342. Cf. tb. p. 344-345), as "massas" de trabalho produtivo e improdutivo "não estão absolutamente em flagrante contraste e não precisam ser contrapostas uma à outra. Elas constituem uma massa contínua de emprego que, atualmente e diferentemente da situação nos dias de Marx, têm tudo em comum" (Braverman, 1981: 357). Seriam agora, igualmente, exploradas pelo capital, de tal modo que não mais teria qualquer significado considerarmos serem distintas classes sociais. A contradição fundamental seria agora entre a condição de assalariamento e o capital (Braverman, 1981: 354).

Na seqüência cronológica é significativo *Adeus ao Proletariado*, de André Gorz. Sua tese: "O capitalismo deu nascimento a uma classe operária (mais amplamente: um salariado) cujos interesses, capacidades e qualificações estão na dependência de forças produtivas elas mesmas funcionais apenas com relação à racionalidade capitalista" (Gorz, 1980a: 26).

Em poucas palavras, Gorz também identifica proletariado e assalariados para concluir que o horizonte histórico (os "interesses, capacidades e qualificações" da antiga classe revolucionária se restringiria, hoje, aos horizontes do capitalismo. Como o proletariado é o resultado histórico do desenvolvimento das forças produtivas burguesas, não poderia ter como objetivo "existencial" a "autonomia". O individualismo burguês "solapa a capacidade que teria o proletariado, se todos os seus membros se unissem, de enxotar a burguesia do poder e de pôr fim à sociedade de classes" (Gorz, 1980a: 47).

A solução proposta por Gorz é, para sermos breves, insensata. O sujeito revolucionário seria a "não-classe" dos "não-trabalhadores" (Gorz, 1980a: 16). Gorz não consegue explicar satisfatoriamente como essa não-classe surgiria no capitalismo sem ser, tal como a classe operária, produto do capitalismo. Nem, claro está, consegue delimitar o que seria uma "não-classe" e o que seriam os "não-trabalhadores".

Entre Mallet (1963) e Gorz (1980a), uma infinidade de autores caminharam no mesmo sentido: as atividades de controle da produção e a produção fundiram-se ou se aproximaram a tal ponto que não mais pertenceriam a classes sociais distintas. Dos "quadros superiores da sociedade" (Mallet, 1963) – o burocrata do Estado, o engenheiro e o administrador de pessoal – até o operário industrial ou agrícola, haveria a continuidade de uma mesma classe: os "assalariados" (Braverman, 1981), a "nova classe operária" (Mallet, 1963), o "assalariado" etc. O fato de que, entre alguns autores do período, o que estaria havendo não seria uma dissolução dos operários entre os assalariados, mas uma proletarização dos assalariados

(o texto mais influente é o de Pierre Belleville, 1963), não altera fundamentalmente a questão. Trata-se de variações da mesma tese, qual seja, o desaparecimento das fronteiras entre o proletariado e os demais assalariados.

Ao lado da concepção de que a fronteira entre o assalariado e o proletário estaria desaparecendo ou já não mais existiria, uma peculiar interpretação de Marx também vai se afirmando nesses anos. Marx teria sido impreciso, contraditório, no tratamento das categorias trabalho, trabalho abstrato, trabalho produtivo, trabalho improdutivo e das classes sociais. E, para demonstrar esse fato recorre-se à contraposição de manuscritos de Marx como os *Grundrisse* ou o "Capítulo VI – Inédito" ao texto de *O Capital*. Como tais manuscritos fazem parte da evolução de Marx em direção a *O Capital* ao longo de uma década, seria surpreendente se não houvesse descompassos, diferenças e contradições. Para se ter uma idéia da distância que há entre tais rascunhos e a obra acabada, no "Capítulo VI – Inédito" Marx afirma que, em algumas circunstâncias, a burguesia realizaria trabalho produtivo. Tal conceito de trabalho produtivo é incompatível com outras passagens do próprio *Capítulo VI – Inédito* em que Marx o define como aquele produtor de mais-valia – e, claro, a burguesia não pode ser produtora de mais-valia porque é a classe que, por definição, dela se apropria. Nada semelhante pode ser encontrado em *O Capital*. O que tais manuscritos têm de interessante é o fato de que nos possibilitam compreender o caminho percorrido por Marx até alcançar a maturidade de suas categorias com a quarta edição do volume I de *O Capital*. Longe de ser casual, equiparar os manuscritos ao texto final é um procedimento indispensável para argumentar a inconsistência de Marx. Em *Trabalho e Proletariado no Capitalismo Contemporâneo* (Lessa, 2007a) analisamos as interpretações de vários autores que defendem essa tese,[14] buscando salientar suas inconsistências. Os leitores interessados encontrarão lá o que não temos espaço para expor agora. Desejamos apenas assinalar que esse modo de desautorizar Marx argumentando sua incoerência pela contraposição dos seus rascunhos com o texto final do volume I de *O Capital* já está firmemente estabelecido nesses anos que estamos estudando e prossegue até os nossos dias.

Até o início da década de 1970, os dois grandes argumentos empíricos amplamente empregados pelos autores que postulavam o desaparecimento da classe operária eram os processos de automatização que conduziriam, segundo muitos, ao desaparecimento do trabalho manual pelas 'fábricas sem homens' e, em segundo

---

14 Em especial no Prefácio, com algumas considerações de caráter metodológico, e na Parte II, em que estudamos Nagel, Lojikne, Polantzas e Bernardo.

lugar, o Estado de bem-estar como a superação histórica do Estado burguês na acepção marxiana de instrumento especial de repressão contra os operários. Para tais teses, o início da crise estrutural do capital e o desaparecimento do Estado de bem-estar nos anos de 1970 têm um impacto profundo. Retiram os pretensos argumentos empíricos a favor da hipótese de que uma transformação essencial no modo de produção estaria conduzindo o proletariado ao desaparecimento.

Seria de se esperar que uma negação tão cabal pela história levasse a um reexame profundo dos pressupostos teóricos, empíricos e metodológicos de tais autores e teses. Todavia, o resultado foi o oposto. Reconhece-se o inevitável: a automatização, as fábricas automáticas, a elevação dos salários e do poder aquisitivo dos trabalhadores, o Estado de bem-estar etc., de fato não haviam conduzido ao desaparecimento do proletariado. Mas, ato seguinte, postula-se que as novas tecnologias da robótica e da informática, junto com a reestruturação produtiva, realizariam o que foi anunciado nas décadas anteriores. O erro dos autores, de Mallet a Gorz (de *Adeus ao Proletariado*), não estaria em anunciar o fim do proletariado, mas sim em imaginar que tal fim seria resultado do fordismo e do Estado de bem-estar. Se o proletariado não desaparecera nas décadas de 1960 e 1970, desapareceria até o final do século XX com a informatização, a robotização, a reestruturação produtiva, a produção flexível etc. Tem início, assim, uma nova rodada de teorias que reafirmam a antiga tese de que as novas tecnologias superariam o capitalismo e a sua estrutura peculiar de classes, entre estas e principalmente, o proletariado.

O livro que inicia essa nova rodada talvez seja *The Second Industrial Divide*, de Michael Piore e Charles Sabel (1984). Em uma detalhada análise da situação das indústrias automobilísticas estadunidenses, conclui que sem o abandono de tudo o que o fordismo encarava como virtude não haveria salvação. O novo paradigma levaria à substituição de uma classe trabalhadora com uma identidade de massa e que tinha na quantidade a sua principal força, por uma outra fragmentada e carente de identidade, na qual os indivíduos perseguem, antes individual que coletivamente, sua sobrevivência no mercado de trabalho. Isto daria origem a uma sociedade verdadeiramente democrática de pequenos produtores.

No final de década de 1970, início dos anos 1980, uma outra tendência – em quase tudo independente dos autores que estamos tratando até aqui – requenta os argumentos sobre a fusão da classe operária com os trabalhadores assalariados. E ela terá uma importância considerável porque nasce no seio de alguns partidos comunistas europeus e, em seguida, contribuirá para o desenvolvimento, tomando-se por base a obra de Ota Šik – membro do governo tchecoslovaco deposto

pelas tropas soviéticas em 1968 – da Terceira Via, cujo mais notório defensor foi Anthony Giddens. Diz Šik:

> intelectuais teóricos e econômicos, os peritos, engenheiros, organizadores da produção, projetistas, construtores, investigadores, cientistas, que trabalham dentro e fora das grandes firmas (...) Constituem hoje a parte mais importante destas forças [produtivas da sociedade] e cada vez mais lideram as mudanças socioeconômicas progressistas que garantem um desenvolvimento mais efetivo e adequado às necessidades e interesses sociais. (Šik, 1977: 101)

Não apenas o proletariado teria se fundido com os setores assalariados, mas ainda caberia a tais setores a liderança no desenvolvimento humano. Conseqüentemente, o socialismo possível manteria o trabalho assalariado, portanto o mercado, portanto – conseqüência ineludível – o próprio capital. Socialismo e mercado são agora compatíveis. Esta tese serve à defesa como socialista da União Soviética e, também, aos sociais-democratas que postulam uma transição pelo mercado e através do Estado.

É nesse contexto e também do interior do campo marxista, que vem a público a *Sociedade Informática*, de Adam Schaff. Publicado em 1985 (no Brasil, em 1990), prevê, com todas as letras, que até "o final do século" XX (Schaff, 1990: 28), o trabalho manual teria desaparecido e se convertido em "um passatempo *sui generis,* provavelmente recomendável pelos médicos, mas desaparecerá como fenômeno socioeconômico" (Schaff, 1990: 126). "É (...) um fato que o trabalho, no sentido tradicional da palavra, desaparecerá (...) e portanto[,] também a classe trabalhadora" (Schaff, 1990: 43). Com o fim do trabalho manual, não faz mais qualquer sentido a distinção entre ele e o trabalho intelectual. As conclusões de Schaff são bastante previsíveis: a superação da contradição campo cidade num futuro "muito próximo" (Schaff, 1990: 47, 126); a "ciência tornar-se-á a força produtiva primária", o "desaparecimento da classe operária"; e a necessidade por novos partidos e um novo movimento sindical (Schaff, 1990: 126). Tal desenvolvimento nos conduziria ao paraíso com o surgimento dos

> pressupostos para uma vida humana mais feliz; [que] eliminará aquilo que tem sido a principal fonte da má qualidade de vida das massas na ordenação do cotidiano: a miséria ou, pelo menos, a privação. Abrirá possibilidades para a plena auto-realização da personalidade humana, seja liberando o homem do árduo trabalho manual e do monótono e repetitivo trabalho intelectual, seja lhe oferecendo tempo livre necessário e um imenso progresso do conhecimento disponível, suficientes para garantir seu desenvolvimento. Deste modo, o homem receberá tudo o que constitui o fundamento

> de uma vida mais feliz. Todo o restante dependerá dele, de sua atividade individual e social. (Schaff, 1990: 155)

O quanto Schaff estava equivocado se evidenciou, de modo espetacular, apenas quatro anos depois da sua publicação. A sua avaliação de que as economias de tipo soviético teriam menores dificuldades para se adaptar aos novos tempos por não conhecerem a propriedade privada é frontalmente negada pela queda do muro de Berlim. Além disso, já adentramos ao final da primeira década do século XXI e nem desapareceu a distinção entre cidade e campo, entre o trabalho manual e o intelectual e entre a burguesia e o proletariado. As fábricas sem homens, de Mallet, já negadas pela história passada, são novamente desautorizadas pelo desenvolvimento mais recente.

Outro texto emblemático do clima teórico do final do século foi a *Revolução Informacional* de Jean Lojkine (1995), membro da velha guarda do Partido Comunista francês. Seu pressuposto, do qual decorrem todas as suas principais teses, é de que haveria potencialidades para a superação da sociedade mercantil (isto é, o capitalismo) nos novos desenvolvimentos tecnológicos (Lojkine, 1995). E estas potencialidades decorreriam do fato de que a mercadoria é algo material e, como viveríamos em uma sociedade da informação e a informação seria algo não material,[15] então estaríamos a um passo de superar as mercadorias, isto é, o capital. E, como a informação se expandiria a toda a sociedade (em alguns momentos o texto parece sugerir que seria a informação a categoria fundante da nova sociabilidade), então não teria mais qualquer sentido a "divisão entre os que produzem e os que dirigem a sociedade" (Lojkine, 1995: 11-12). Não apenas a divisão entre o trabalho manual e o intelectual estaria irremediavelmente comprometida em termos históricos, mas também "todo o edifício das sociedades de classe" (Lojkine, 1995: 269). Daqui o autor vai para o terreno comum: o desaparecimento do proletariado, a necessidade de um outro projeto revolucionário a ser levado avante por um outro sujeito histórico. O novo projeto revolucionário seria a democratização das informações, o novo sujeito: 'todos'! Sem distinção de classe (que já não mais existiriam).

O último conjunto de autores/teses que nos parece significativo para pontuar a evolução do debate é aquele composto por Antonio Negri, Maurizio Lazzarato e Michael Hardt – com um seu representante no Brasil, Giusepe Cocco. A tese de

---

15 "A informação necessita da massa e da energia como suporte, mas, em si, ela é imaterial, posto que represente 'este algo que faz com que o todo não seja apenas a soma das partes'" (Lojkine, 1995: 113).

fundo de tais autores é que o motor da história moderna teria sido o 'amor pelo tempo por se constituir'. Teria sido ele que, movendo multidões, destruiu o feudalismo, realizou a transição ao capitalismo e, desde as jornadas de 1968, tem realizado, nos interstícios do capital, a transição para o comunismo. Segundo tais autores, a crise estrutural do capital seriam as dores de parto do comunismo – e o móvel dessa transição seria a recusa do proletariado a continuar sendo explorado nas fábricas fordistas. Cansado da massificação e do controle, os operários abandonaram as fábricas forçando os burgueses a desenvolverem novas tecnologias menos dependentes da força de trabalho: para sermos breves, o modelo japonês. As filas de desempregados buscando qualquer emprego, mesmo o mais fordista, não cabem na teoria: os operários abandonaram as fábricas e não foram desempregados em uma escala estruturalmente desconhecida.

É esse movimento, segundo eles, que está na origem do 'trabalho imaterial', isto é, da expressão do comunismo nascente em nosso cotidiano: não haveria mais, hoje, a distinção entre fruir e produzir, entre conceber e produzir, entre controlar e produzir. A produção teria se 'desterritorializado' porque a fábrica teria deixado de ser o território exclusivo da produção: viver e produzir seriam, hoje, sinônimos. Tudo teria se fundido no trabalho imaterial e, com isso, as classes sociais estariam desaparecendo.

Lembremos que, nesses anos, a Escola da Regulação conhecia seus quinze minutos de fama e que Jürgen Habermas publicava a *Teoria do Agir Comunicativo*. Apesar de distintos, um aspecto os aproxima: a concepção de que a humanidade avança por consensos e que, por isso, a luta de classes é um obstáculo à história. A busca e a construção do consenso seriam a chave para a superação dos problemas dos nossos dias – uma postura que Habermas abertamente, e a Escola da Regulação apenas envergonhadamente, reclama da herança kantiana. Próximo movimento: o mercado é considerado uma dimensão insuperável da vida. De acordo com um autor famoso na época, não poderíamos superar o mercado mais do que poderíamos superar a lei da gravidade. Nas palavras de Rui Braga, tratando da Escola da Regulação:

> Que não reste lugar a dúvidas: estamos frente a uma recriação, com ares metafísicos, da velha tese hobbesiana: ser humano é disputar com o outro o 'ter', a posse privada das coisas. Esta a essência humana. Por isso a moeda é a expressão universal e historicamente mais desenvolvida do que os homens são e, por isso, sua perenidade na história. (Braga, 2003: 75-76)

Uma pletora de equívocos

Não foram poucos os que, desde Mallet, têm postulado a tese de que o desenvolvimento das novas tecnologias conduziria para além do capital. Acreditaram em um poder quase milagroso da tecnologia: a oposição 'como inimigos' entre o trabalho intelectual e o manual, a contradição entre o trabalho e o trabalho abstrato, as alienações típicas do fetichismo da mercadoria etc., seriam superáveis pelo desenvolvimento da tecnologia. Tudo como se o fato de esta se desenvolver no modo de produção capitalista não restringisse o seu desenvolvimento aos limites da reprodução do capital.

Marx nunca padeceu desse tipo de ilusão. Em *O Capital*, por exemplo, afirmou com todas as letras, citando John Stuart Mill, que "É de se duvidar que todas as invenções mecânicas até agora feitas aliviaram a labuta diária de algum ser humano". E comentava em seguida:

> Tal não é também de modo algum a finalidade da maquinaria utilizada como capital. Igual a qualquer outro desenvolvimento da força produtiva do trabalho, ela se destina a baratear mercadorias e a encurtar a parte da jornada de trabalho que o trabalhador precisa para si mesmo, a fim de encompridar a outra parte da sua jornada de trabalho que ele dá de graça para o capitalista. Ela é meio para produção de mais-valia. (Marx, 1985: 7)

E, algumas centenas de páginas à frente, acrescenta:

> dentro do sistema capitalista (...) todos os meios para o desenvolvimento da produção se convertem em meios de dominação e exploração do produtor, mutilam o trabalhador, transformando-o num ser parcial, degradam-no, tornando-o um apêndice da máquina; aniquilam, com o tormento de seu trabalho, seu conteúdo, alienam-lhe as potências espirituais do processo de trabalho na mesma medida em que a ciência é incorporada a este último como potência autônoma (*die Wissenschaft als selbständige Potenz,* Marx, 1985: 675); desfiguram as condições dentro das quais ele trabalha, submetem-no, durante o processo de trabalho, ao mais mesquinho e odiento despotismo, transformam seu tempo de vida em tempo de trabalho, jogam sua mulher e seu filho sob a roda de Juggernaut do capital. (Marx, 1985: 209-210)

Foi assim no passado, foi assim no Estado de bem-estar, é assim no presente.

Estudos recentes, muitos deles empíricos (Brito, 2005; Carvalho, 1987; Druck, 1999; Gounet, 1999; Hirata, 2002; Howard, 1999; Krupat, 1999; Kumar, 1997; Marcelino, 2004; Mort, 1999; Prieb, 2005; Ross, 1999) indicam precisamente o mesmo: com a reestruturação produtiva o trabalho se torna mais duro, o controle se torna mais eficaz. Em um dos estudos mais impressionantes, porque realizado em meados

de 1980, e ainda sob a sensível influência das teses de Benjamin Coriat e da Escola da Regulação, Ruy de Quadros Carvalho descreve como os robôs aumentam a produtividade também porque aumentam o controle sobre o trabalho proletário (Carvalho, 1987: 132-133, 221-223) e intensificam, em vez de superar, a divisão entre o trabalho manual e o trabalho intelectual. O trabalho manual se torna ainda mais simplificado, intercambiável, do que no fordismo:

> a nova tecnologia e a nova organização social do trabalho (...) tornaram o trabalho *padronizado* em toda linha, isto é, tomaram os trabalhadores mais intercambiáveis entre si. Pode-se falar ainda em simplificação, no sentido de que as tarefas que exigiam habilidades especiais foram eliminadas.
>
> Tudo isso se traduz em *economia de custos,* à medida que há mais flexibilidade na alocação da mão-de-obra. (Carvalho, 1987: 132-133)

Ao final de sua investigação, Carvalho argumenta que não estaríamos vivendo no Brasil a superação do fordismo, mas sim sua intensificação e extensão a áreas da produção que não podiam antes, em virtude das peculiaridades da própria produção,[16] serem submetidas às técnicas fordistas (Carvalho, 1987: 221).

Existiam dados de que essa continuidade fundamental entre o fordismo e o toyotismo, ou produção flexível, não seria específica da realidade brasileira. Krishan Kumar, por exemplo, em 1995, publicava na Inglaterra um amplo panorama das teses em debate para concluir, depois de mencionar os estudos de Kevin Robins e Frank Webster (1987 e 1989), que a 'sociedade da informação' nada mais seria que a 'aplicação ulterior do taylorismo'. E, no mesmo estudo, denunciava uma manipulação de dados com a clara intenção de legitimar como superadoras do capitalismo as novas tecnologias (Kumar, 1997). Prossegue arguindo que, mais do que a técnica da linha de montagem e o taylorismo, o fordismo seria o modo capitalista por excelência de controle do trabalho. Entre o período imediatamente após a Segunda Guerra Mundial e o presente teríamos uma profunda identidade por sob a aparência de algumas novidades (Kumar, 1997).

Dos últimos textos a intervirem neste debate, talvez o mais instigante seja o de Helena Hirata: *Nova Divisão Sexual do Trabalho?* (2002). Ao investigar como "os estereótipos sexuados, as identidades sexuais e as representações sociais da virilidade e da feminilidade são amplamente utilizados na gestão da mão-de-obra no mundo industrial" (Hirata, 2002: 19), a autora traça um riquíssimo panorama das

---

16 Sobre as novas áreas que podem ser submetidas ao padrão fordista intensificado pelas novas tecnologias, cf. Carvalho, 1987: 78-79.

indústrias automobilística, eletrônica, têxtil, de vidros, gráfica, de papel, siderurgia, mecânica, petroquímica e de embalagens, no Brasil, na França e no Japão. Os dados levantados permitem-lhe argumentar convincentemente a complementariedade entre as novas formas de gerência e as velhas técnicas tayloristas, numa superposição que, ao mesmo tempo, renova as práticas taylorizadas e confere maior flexibilidade aos processos de trabalho. 'Em primeiro lugar', porque a nova forma de organização não "invade a organização de trabalho tradicional que estrutura a linha hierárquica de comando." Em segundo lugar, porque possibilita "diminuir a porosidade da jornada de trabalho e acelerar o ritmo"; possibilita que continue a ser aplicado o clássico "controle das pausas e interrupções" das "práticas tayloristas" e também permite diminuir o "'tempo morto'", ainda que pela via da mobilização e emulação e não pelo controle taylorista padrão (Hirata, 2002: 40-41). Do mesmo modo, a divisão sexual do trabalho continua mantendo as mesmas características do período anterior à reestruturação produtiva, ou seja, a potencialização da hierarquia das fábricas pela sua fusão com a hierarquia patriarcal da sociedade (Hirata, 2002: 41-42, 111 e segs., 120, 152, 166 e segs.).

Esta situação permite à autora questionar "as conceituações correntes sobre a emergência de novos paradigmas" (Hirata, 2002: 61): "a idéia do 'fim do fordismo' é fortemente questionada quando se considera a divisão sexual e a divisão internacional do trabalho" (Hirata, 2002: 61-62, v. tb. 222-224): o "taylorismo não acabou" (Hirata, 2002: 230). Mesmo em se tratando das indústrias que tenham sido mais afetadas pela reestruturação produtiva, cita com aprovação um estudo de D. Kergoat que conclui que "A divisão social do trabalho tende a aumentar com a evolução tecnológica tanto no nível da divisão sexual do trabalho quanto no da divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual" (Hirata, 2002: 203).

Nem mesmo nas empresas manufatureiras de ponta, podem ser confirmadas as teses pós-fordistas:

> o aumento de flexibilidade, na medida em que realmente ocorre, não é sinal de algum novo princípio de trabalho e organização, mas da continuação de padrões tradicionais de segmentação do mercado de trabalho por sexo, raça e idade. Os padrões foram adaptados às mudanças setoriais na economia – a evolução da manufatura para os serviços – e intensificadas por políticas públicas, como as formuladas para enfrentar o desemprego entre os jovens. (Kumar, 1997: 71)

Além dos estudos de Hirata, Carvalho e Kumar – com a copiosa bibliografia e a profusão de dados empíricos que contêm –, na medida que os limites da robotização e da automação vão se fazendo mais evidentes, ganham importância os elos

que articulam o fordismo ao toyotismo. Interessante, neste aspecto, são as descrições de como, já na década de 1960, os sintomas da crise que se aproximava originaram a iniciativas que, depois, seriam apropriadas pelos industriais japoneses (Gorz, 2003: 68) e, desenvolvidas, se generalizarão pelo mundo. Um destes estudos é o de Dominique Pignon e Jean Querzola, num texto primeiro publicado em 1972 e, depois, em uma forma mais desenvolvida, na coletânea organizada por Gorz, *Crítica da Divisão do Trabalho* (Gorz, 1980b), demonstra como vários dos elementos que seriam depois tipificados como toyotismo já estavam presentes no cenário estadunidense até mesmo em empresas de grande porte como a International Telephone & Telegraph (ITT).

O potencial transformador das relações de produção e, portanto, o potencial superador do capitalismo, das ditas tecnologias de informação tem sido fantasticamente superestimado. As evidências empíricas indicam justamente o contrário e validam a concepção de Marx e de Lukács sobre a relação entre modo de produção e tecnologia. Não passa de ilusão a hipótese de que os avanços tecnológicos das últimas décadas superariam a distinção entre o trabalho abstrato produtivo e o improdutivo e a oposição 'como inimigos' do trabalho manual com o intelectual. Pelo contrário,

> As novas tecnologias da informação foram desenvolvidas *em*, *pelas* e *para* as economias capitalistas avançadas – a dos Estados Unidos em particular. (...) O controle da força de trabalho, o aumento da produção, a conquista de mercados mundiais e a acumulação ininterrupta de capital são as novas influências dinâmicas sob as quais ocorre o desenvolvimento das novas tecnologias de informação. (Schiller, 1985: 37 *apud* Kumar, 1997: 43)

Além disso, o maior cliente das novas tecnologias de informação e o maior financiador das pesquisas é o complexo industrial-militar (Kumar, 1997: 44).

Nada em nosso momento histórico nos possibilita conceber, nem sequer tendencialmente, que esteja superada a contundência desta descrição de Gorz das relações de produção capitalista:

> A organização opressiva do trabalho tem por objetivo afirmar (...) [o poder 'absoluto, despótico, do capitalista nos lugares de produção']; ela manifesta – assim como o caráter opressivo da arquitetura industrial, a feiúra, a sujeira, o barulho, a fumaça, o desconforto das oficinas – a dominação sem partilha do capital. (...) As técnicas capitalistas não visavam a maximizar a produção e a produtividade *em geral* de trabalhadores *quaisquer*; elas eram concebidas para maximizar a produtividade *para o capital* de trabalhadores que não tinham razão alguma para se empenharem, já que os objetivos de sua produção lhes eram ditados por vontade inimiga. Para obrigá-los a

> dobrarem-se a esta vontade, era necessário que eles perdessem (...) o poder – composto de habilidade, de conhecimento profissional, de *savoir-faire* de assegurar o funcionamento das máquinas por eles mesmos, sem o auxílio de um enquadramento hierárquico formado por engenheiros, técnicos, profissionais da manutenção, preparadores, etc., um pessoal que *tecnicamente* a fábrica podia dispensar, mas cuja função política consiste em perpetuar a dependência dos operários, sua subordinação, sua separação dos meios e processos de produção. A função da hierarquia da fábrica, em última análise, é subtrair ao controle operário as condições e as modalidades do funcionamento das máquinas, tornando a função de controle uma função separada. (Gorz, 1980b: 82-83)

E, conseqüentemente, mantêm-se ou se aprofundam as distinções entre os 'trabalhadores científicos e técnicos da indústria' e a 'classe operária',

> o fato é que os trabalhadores técnico-científicos produzem meios de exploração e de opressão dos operários e devem aparecer a estes como agentes do capital; porém os operários não produzem meios de explorarão dos trabalhadores técnico-científicos. A relação entre uns e outros, *onde ela é direta* não é uma relação de reciprocidade: é uma relação *hierárquica*. (Gorz, 1980b: 225)

Mais avante, acrescenta:

> É por isso que todos os que, acobertados pela competência técnica, são chamados a supervisionar o desenvolvimento da produção, trabalham de fato para a perpetuação da divisão hierárquica do trabalho e das relações de produção capitalistas. Isso é válido para os técnicos subalternos (cronometristas, verificadores, etc.) como para os engenheiros, técnicos superiores e outros dirigentes investidos de funções de comando e de controle. Seu papel, nas indústrias de mão-de-obra, é fazer com que mantenha a subordinação do trabalho vivo aos processos mecânicos (trabalho morto) e, portanto, ao capital. São eles aí os únicos detentores da qualificação técnica e intelectual que o processo de trabalho exige. Monopolizam essa qualificação e, assim, proíbem-na aos operários. São portanto os agentes da desqualificação e da opressão do trabalho manual reduzido a ser apenas manual. Representam aos olhos do operário o conjunto de conhecimentos e de saber técnicos dos quais ele está privado, a separação entre trabalho intelectual e manual, entre concepção e execução. Gozam de importantes privilégios financeiros, sociais e culturais. São o inimigo mais próximo do operário. (Gorz, 1980b, 235-6)

E quando eles se revoltam contra a exploração que sofrem, "insurgem-se não *como* proletários, mas *contra* o fato de serem tratados como proletários", lutam pela devolução de "alguns privilégios" que "gozavam antes de terem sido reduzidos à condição de assalariados" (Gorz, 1980b: 241).

Repetimos: as linhas de continuidade entre o fordismo e o toyotismo são mais densas e freqüentes do que fomos levados a crer. Esta continuidade é importante porque é justamente na tese oposta que se apóia uma boa parte dos estudos que tendem a afirmar que a reestruturação produtiva, ao romper com as práticas taylorizadas e substituí-las pelo trabalho flexível, teria superado a divisão entre o trabalho manual e o intelectual e/ou teria fundido, ou imbricado, o trabalho produtivo ao improdutivo, dissolvendo ou cancelando a distinção entre o proletariado e os setores assalariados. É esta hipótese da substituição do fordismo pelo toyotismo (com todas as diferenças conceituais e semânticas entre os autores) que possibilita a afirmação de que o esforço físico teria se convertido em esforço intelectual ou, então, que haveria, nos nossos dias, uma confluência entre a função social do trabalho manual com a do trabalho intelectual, que a ciência teria se convertido em força produtiva ou, ainda, que estaríamos adentrando a uma sociedade da informação, e que, ao fim e ao cabo, estaria cancelado o fundamento ontológico do proletariado como classe social.

O equívoco teórico de fundo da maioria dos autores é a concepção de que o desenvolvimento tecnológico é o momento predominante na passagem de um modo de produção a outro. Mera ilusão! Cada modo de produção produz as tecnologias que lhe são necessárias, de tal modo que antes de ser causa da passagem de um modo de produção a outro, o desenvolvimento tecnológico é portador da continuidade do modo de produção em que é gerado. O modo de se produzir o que se produz em cada momento da história traz embutido não apenas o patamar de relação do homem com a natureza, mas também o patamar alcançado no desenvolvimento das relações dos homens entre si. Uma sociedade de classes apenas gera a tecnologia que for compatível com o modo de controle do trabalho inerente ao seu modo de exploração dos trabalhadores. A tecnologia capitalista produz apenas mais e mais capitalismo, dela não decorre nem um novo modo de produção nem altera essencialmente as classes sociais fundamentais do modo de produção capitalista.[17]

TRABALHO E AS CATEGORIAS MARXIANAS DE TRABALHO PRODUTIVO E IMPRODUTIVO

São cada dia maiores as evidências de que o capitalismo continua capitalismo, o trabalho continua trabalho.

---

17 Ao leitor interessado, Lessa, 2007a, Capítulo VIII. Além disso, Lukács, 1981a, Romero, 2005, Kumar, 1997 e Aguiar, 2005.

Isso, contudo, não resolve a questão decisiva: Qual o impacto da evolução tecnológica sobre as classes sociais? Esse impacto teria cancelado, diminuído ou alterado a relação entre o proletariado e os demais assalariados? O que seriam, hoje, o trabalho produtivo e improdutivo, qual seria, hoje, a relação entre o trabalho e o trabalho abstrato? Entramos, com isto, no coração do problema.

Em *O Capital* Marx delimita, sem firulas, o trabalho como intercâmbio orgânico com a natureza. O trabalho é "um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a Natureza" (Marx, 1983: 149). Enquanto a própria natureza regula a relação dos animais com o meio ambiente, pelo trabalho é o homem que "medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza". A história humana é o desenvolvimento das formações sociais que surgiram predominantemente (portanto, não apenas) valendo-se das novas possibilidades e necessidades surgidas no sempre mutável "intercâmbio orgânico" com a natureza. Esta situação resulta em algo radicalmente novo se comparado com a natureza: uma nova forma de ser que requer, para sua mera existência, uma "constelação de complexos", como diria Lukács (linguagem, trabalho, arte, religião etc.), que o distingue ontologicamente do ser natural e que, sobretudo, não pode ser derivado dela.

Diferente do que ocorre na relação da "melhor abelha" com seu ambiente, continua Marx, o homem ao converter a natureza nos meios de produção e meios de subsistência, não apenas a transforma, mas "ao mesmo tempo, modifica sua própria natureza" de ser social. E isto apenas é possível porque o ser humano transforma a natureza segundo "seu objetivo", sua finalidade. Esta finalidade dirige a sua ação de modo determinante e, a ela, ele tem de "subordinar a sua vontade". Todavia, isto não significa que podemos fazer dela o que quisermos, que possamos inserir na "matéria natural" qualquer "objetivo": para que a transformação seja possível é imprescindível que "desenvolv[a] as potências nela [na natureza] adormecidas e sujeit[e] o jogo de suas forças [as forças da natureza] a seu próprio domínio". Só podemos converter a natureza nos bens indispensáveis à reprodução social se "desenvolvermos as potências" do ser natural, se sujeitarmos "o jogo de suas forças" ao nosso "domínio" (Marx, 1983: 150). Os humanos modificam a natureza segundo suas finalidades desde que tais transformações sejam compatíveis com as determinações ontológicas do mundo objetivo.

Definido o trabalho como "processo entre homem e natureza" (Marx, 1983: 105), condição "eterna" da vida social (Marx, 1983: 153), o objeto do trabalho não poderia ser outro senão a natureza ou, então, a natureza transformada, a "matéria-prima" (Marx, 1983: 150). Pela mesma razão, os meios de trabalho são "coisas" ou

"complexo de coisas" que possuem "propriedades mecânicas, físicas, químicas", ou seja, pertencem ao mundo natural. Além dos meios de trabalho dados diretamente pela natureza (pedra, madeira, conchas, além da própria terra) há aqueles outros que, como os "edifícios de trabalho, canais, estradas, etc.", são "já mediados pelo trabalho" (Marx, 1983: 151). Tanto em um caso, como no outro, os meios de trabalho são objetos diretamente naturais ou, então, natureza transformada pelo trabalho. Logo a seguir, Marx (1983: 151 e 151n6) afirma que os meios e objeto de trabalho são "meios de produção": "Considerando-se o processo inteiro do ponto de vista do seu resultado, do produto, aparecem ambos, meio e objeto de trabalho, como meios de produção e o trabalho mesmo como trabalho produtivo".

Meios de produção, portanto, são o conjunto dos meios e objetos do trabalho. Tanto um como o outro, como vimos, são ou diretamente natureza (terra, pedra, concha, madeira etc.), ou então natureza transformada pelo trabalho (prédios, canais etc.). Não há, portanto, qualquer possibilidade de, em Marx, o conhecimento comparecer como meio de produção – e isto, repetimos, direta e imediatamente, porque para Marx o trabalho é o intercâmbio orgânico homem/natureza. O que vale dizer que no serviço social, na medicina, na educação, na produção artística não temos a presença de meios de trabalho nem sequer de meios de produção.[18] Como diria bem mais tarde Lukács, o trabalho é uma posição teleológica primária, isto é, tem por objeto a natureza; todos os outros atos humanos são posições teleológicas secundárias, isto é, têm por finalidade a transformação de relações, de complexos sociais.[19]

Essas linhas de Marx contêm, ainda, uma outra indicação importante. Lembremos que, "ao atuar (...) sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele [o ser humano] modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza". E que, ao "atuar sobre a natureza", ele "realiza (...) na matéria natural seu objetivo", sendo para isso imprescindível que subordine à finalidade que procura realizar na natureza, não apenas "o esforço dos órgãos que trabalham",[20] mas também sua "vontade", sua

---

18 Para uma visão distinta, conferir Marilda Iamamoto (1998). Comentamos esse texto em Lessa (2007a).

19 Sobre as posições teleológicas primárias e secundárias, conferir Lukács (1981b: 55-57, 63, 78, 91, 127, 155, 337-340, 455, 464-466, 490-492). Além do texto de Lukács, há comentários importantes em Vaisman (1989) e Costa (1999).

20 Pouco antes Marx afirma que o ser humano "põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida" (Marx, 1983: 149). Sobre a relação entre trabalho e conhecimento, cf. Lessa (2002).

subjetividade. Nessa medida, em uma feliz expressão de Sergio Henriques, o trabalho "instaura, já na vida cotidiana, um enfrentamento direto entre o homem e o mundo objetivo" (Henriques, 1978: 28). Uma das conseqüências ontológicas decisivas desse enfrentamento é o processo de conhecimento. Sendo mais do que sintético: o processo de transformação do real (objetivação) possibilita que nossa concepção sobre o mundo passe por um teste prático. Sua maior ou menor proximidade com as determinações do mundo exterior pode ser verificada pelo maior ou menor sucesso da previsão que fizemos de como o mundo iria se comportar diante de nossa ação. Desse modo, ao longo da história, a humanidade é capaz de refletir na consciência, numa aproximação infindável,[21] as determinações do mundo tal como ele existe em si mesmo. É daqui que, com o tempo, desenvolveram-se complexos como a filosofia e a ciência.

Sumariando com as palavras de Marx,

> O processo de trabalho, como o apresentamos em seus elementos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais. Por isso, não tivemos necessidade de apresentar o trabalhador em sua relação com outros trabalhadores. O homem e seu trabalho, de um lado, a Natureza e suas matérias, do outro, bastavam. (Marx, 1983: 153)

Trabalho e Trabalho Abstrato

Se o trabalho "não muda sua natureza geral por se realizar para o capitalista e sob o seu controle" ele "deve ser considerado de início independentemente de qualquer forma social determinada" (Marx, 1983: 149). Mas, apenas "de início". Em seguida as "formas sociais determinadas" devem adentrar à análise. É assim que, logo após as passagens que citamos, Marx em uma nota de rodapé introduz o trabalho abstrato. Diz ele na nota:

> Essa determinação de trabalho produtivo, tal como resulta do ponto de vista do processo simples de trabalho [o intercâmbio orgânico com a natureza], não basta, de modo algum, para o processo de produção capitalista. (Marx, 1983: 151)

---

21 Como a objetividade e a consciência estão sempre evoluindo, jamais é possível um conhecimento absoluto da realidade, não há possibilidade da identidade sujeito-objeto: o problema do conhecimento absoluto é uma falsa questão.

Essa observação é tão fundamental a Marx que ele, literalmente, a retoma no Capítulo XIV:

> O processo de trabalho foi considerado primeiramente em abstrato (ver capítulo V), independente de suas formas históricas, como processo entre homem e Natureza. Disse-se aí: 'Considerando-se o processo inteiro de trabalho do ponto de vista de seu resultado, então aparecem ambos, meio e objeto de trabalho, como meios de produção, e o trabalho mesmo como trabalho produtivo'. E na nota 7 foi complementado: 'Essa determinação de trabalho produtivo, tal como resulta do ponto de vista do processo simples de trabalho, não basta, de modo algum, para o processo de produção capitalista.' Isso é para ser mais desenvolvido aqui. (Marx, 1983: 105)

O desenvolvimento da tese da insuficiência para a crítica do capitalismo do conceito universal, simples, de trabalho (tal como delineado por Marx no Capítulo V) se inicia por estas palavras:

> Na medida em que o processo de trabalho é puramente individual, o mesmo trabalhador reúne todas as funções que mais tarde se separam. Na apropriação individual de objetos naturais para seus fins de vida, ele controla a si mesmo. Mais tarde ele será controlado. (...) Como no sistema natural cabeça e mão estão interligados, o processo de trabalho une o trabalho intelectual com o trabalho manual. (Marx, 1983: 105)

Em outras palavras, a análise do trabalho, eterna condição da existência humana, realizada no Capítulo V, não considerava a divisão social do trabalho. Todavia, com a sociedade de classes surge e se desenvolve a divisão social do trabalho e o trabalho manual e o intelectual, antes interligados no sistema natural cabeça e mão, separam-se até se oporem como inimigos. Nessa nova situação,

> O produto transforma-se, sobretudo, do produto direto do produtor individual em social, em produto comum de um trabalhador coletivo, isto é, de um pessoal combinado de trabalho, cujos membros se encontram mais perto ou mais longe da manipulação do objeto de trabalho. Com o caráter cooperativo do próprio processo de trabalho amplia-se, portanto, necessariamente o conceito de trabalho produtivo e de seu portador, do trabalhador produtivo. Para trabalhar produtivamente, já não é necessário, agora, pôr pessoalmente a mão na obra; basta ser órgão do trabalhador coletivo, executando qualquer uma de suas subfunções. (Marx, 1983: 105)

Marx, nessa passagem, dá dois passos decisivos. O primeiro: introduz o 'trabalhador coletivo'. O segundo: como o 'caráter cooperativo' do trabalho leva mais funções a serem produtivas, então o 'conceito de trabalho produtivo' deve ser ampliado. Marx (1983: 105) prossegue:

> A determinação original (...) de trabalho produtivo, [aquela do Capítulo V] derivada da própria natureza da produção material, permanece sempre verdadeira para o trabalhador coletivo, considerado como totalidade (*als Gesamtheit*).[22] Mas ela já não é válida para cada um de seus membros, tomados isoladamente.

Na sociedade capitalista cabe ao trabalhador coletivo o controle do metabolismo com a natureza, cabe a ele exercer a função social de converter a natureza nos bens indispensáveis à reprodução social. Contudo, se isto é válido para o 'trabalhador coletivo' 'considerado como' totalidade, 'já' não o é 'para cada um de seus membros, tomados isoladamente'. Há, portanto, no interior do trabalhador coletivo, uma divisão social do trabalho que decompõe em operações mais simples a produção de bens pela transformação da natureza. Por isso, 'Para trabalhar produtivamente, já não é necessário, agora, pôr pessoalmente a mão na obra'.

A determinação original do trabalho – o intercâmbio orgânico com a natureza – se dá sob a regência do capital pela mediação do trabalho abstrato. O trabalhador do passado, nas novas condições históricas, assume a forma do trabalhador coletivo. Devemos, por isso, examinar melhor a relação entre o trabalho e o trabalho abstrato para, em seguida, retornarmos ao trabalhador coletivo.

TRABALHO E TRABALHO ABSTRATO PRODUTIVO E IMPRODUTIVO

Como vimos, com o capitalismo 'amplia-se' o conceito de trabalho produtivo e de seu portador, o trabalhador produtivo. Tal ampliação, continua Marx, apenas é possível historicamente se concomitantemente ocorre o seu 'estreitamento':

> Por outro lado, porém, o conceito de trabalho produtivo se estreita. A produção capitalista não é apenas produção de mercadoria, é essencialmente produção de mais-valia. O trabalhador produz não para si, mas para o capital. Não basta, portanto, que produza em geral. Ele tem de produzir mais-valia. Apenas é produtivo o trabalhador que produz mais-valia para o capitalista ou serve à autovalorização do capital. (Marx, 1983: 105-106)

No contexto histórico em que surge o trabalhador coletivo, ocorre tanto a ampliação quanto o estreitamento do trabalho produtivo: é produtivo o trabalho e o trabalhador que produzem mais-valia. Dito de outro modo, o desenvolvimento histórico do modo de produção capitalista ampliou o trabalho produtivo porque a

---

22 Esta é uma das pouquíssimas passagens da tradução de Regis Barbosa e Flávio Kothe nas quais, talvez, houvesse uma tradução mais precisa. Neste caso, 'totalidade' em vez de 'coletividade' nos parece uma alternativa melhor.

reprodução do capital inclui todas as práxis produtoras de mais-valia, sejam elas intercâmbio orgânico com a natureza ou não. E se estreita porque, diferente do trabalho que produzia 'em geral' todos os produtos necessários aos humanos, o trabalho produtivo produz apenas mais-valia. O trabalho produtivo do trabalhador coletivo é mais estreito que o trabalho eterna necessidade porque este produz em geral, ao passo que o trabalho produtivo produz apenas mais-valia. O trabalho produtivo, portanto, é essencialmente produção de mais-valia e, não produção em geral. E, concomitantemente, como é possível a produção de mais-valia fora do intercâmbio com a natureza,[23] então o conceito de trabalho produtivo se amplia. Esta é a primeira relação entre o trabalho e o trabalho abstrato: no último, como a razão de ser é a produção de mais-valia, o conceito de trabalho produtivo se amplia e se estreita. Ele não mais se identifica com o trabalho de intercâmbio orgânico com a natureza. Se toda transformação da natureza é produtiva, nem todo trabalho produtivo opera o intercâmbio orgânico com a natureza. [24]

Marx, com estas palavras, define com clareza o que distingue trabalho e trabalho produtivo. O trabalho é o controle do intercâmbio com a natureza, é a produção em geral dos valores de uso sem os quais não há vida humana possível e, por isso é "condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais" (Marx, 1983: 153).

O "trabalho produtivo", por sua vez, "é apenas produção de mercadoria, é essencialmente produção de mais-valia (...) Apenas é produtivo o trabalhador que produz mais-valia para o capitalista ou serve à autovalorização do capital" (Marx, 1983: 106).

E, para não deixar dúvidas: O conceito de trabalho produtivo encerra "uma relação de produção especificamente social, formada historicamente, a qual marca o trabalhador como meio direto de valorização do capital. Ser trabalhador produtivo não é, portanto, sorte, mas azar" (Marx, 1983: 106).

O trabalho é condição 'eterna' da vida social; o 'trabalho produtivo' é uma forma peculiar à sociedade capitalista.

---

23 "Se for permitido escolher um exemplo fora da esfera da produção material, então um mestre-escola é um trabalhador produtivo se ele não apenas trabalha (*bearbeitet*) a cabeça das crianças, mas extenua a si mesmo para enriquecer o empresário. O fato de que este último tenha investido seu capital numa fábrica de ensinar, em vez de numa fábrica de salsichas, não altera nada na relação." (Marx, 1983: 105-106)

24 Este é um campo aberto a enormes equívocos. Conferir, por exemplo, Poulantzas (1985), Lojkine (1995) e Nagel (1979).

Trabalho improdutivo e sua relação com a reprodução do capital

Se o capital se reproduz pela produção de mais-valia, se esta é produzida pelo trabalho produtivo, porque o capitalismo necessita de trabalho improdutivo. Qual a função do trabalhador improdutivo na reprodução da sociedade burguesa?

O burguês que

> extrai trabalho não-pago diretamente dos trabalhadores e o fixa em mercadorias, é, na verdade, o primeiro apropriador, mas, de modo algum, o último proprietário dessa mais-valia. Tem de dividi-la, mais tarde, com capitalistas que realizam outras funções na produção social como um todo, com o proprietário fundiário etc. A mais-valia divide-se, portanto, em diferentes partes. Suas frações cabem a categorias diferentes de pessoas e recebem formas diferentes, independentes umas das outras, tais como lucro, juro, ganho comercial, renda da terra etc. (Marx, 1983: 151)

Quando o capitalismo atinge sua maturidade, é mais lucrativo ao industrial se dedicar exclusivamente à produção, deixando a outros capitalistas o comércio e os bancos. Já que as mercadorias são vendidas pelo seu valor, resta aos comerciantes e banqueiros compartilharem com o industrial a mais-valia por ele diretamente expropriada dos proletários. O industrial repassa aos comerciantes suas mercadorias por um preço menor do que o valor real para que, ao serem vendidas pelo seu valor, garantam ao comerciante e aos banqueiros os seus lucros. Do mesmo modo, *mutatis mutandis*, com os bancos, os latifundiários e especuladores imobiliários. Todos estes setores econômicos, por sua vez, requerem trabalho assalariado. Tais trabalhadores assalariados não produzem mais-valia (são, portanto, improdutivos). Eles recebem os seus salários de parcela da mais-valia transferida ao seu padrão pela burguesia industrial.

Temos aqui, uma primeira esfera de trabalhadores improdutivos: eles atuam no comércio, nos bancos e nas atividades que se apropriam da renda da terra e são fundamentais para converter a mercadoria em dinheiro, algo imprescindível à reprodução do capital.

Mas, há ainda, mais dois setores de trabalhadores improdutivos. 1) Os funcionários públicos. Eles não geram qualquer mais-valia, todavia são fundamentais no ordenamento, organização e estruturação dos mecanismos de controle, vigilância e supervisão imprescindíveis à manutenção do trabalho abstrato. 2) Um segundo setor atua na administração dos negócios do burguês, seja ele a indústria, o banco ou o comércio: engenheiros, contadores, administradores de pessoal, gerentes de todos os tipos, executivos, profissionais de marketing, numa lista quase infinita de profissões e suas variações.

Em poucas palavras, a mesma divisão social do trabalho que está na origem da 'oposição como inimigos' do trabalho intelectual com o manual, que está na base do trabalhador coletivo – essa mesma divisão do trabalho requer a atuação dos trabalhadores improdutivos. Por isso os trabalhadores improdutivos são imprescindíveis à reprodução do capital.

TRABALHADOR COLETIVO. QUAIS SÃO SUAS 'SUBFUNÇÕES'? QUAL A AMPLITUDE DO 'MAIS PERTO OU MAIS DISTANTE'?

Vimos que, se o trabalhador produtivo é aquele que produz mais-valia, o trabalhador improdutivo é, imediatamente, aquele que não produz mais-valia. Há trabalhadores improdutivos naqueles setores econômicos que acumulam a mais-valia produzida no intercâmbio orgânico com a natureza, no campo e na cidade: os bancos, o comércio etc. Há também trabalho improdutivo em alguns serviços, como o Estado. Mas há também trabalhadores improdutivos cuja função é o controle direto do trabalhador coletivo. O exame de sua função social nos permitirá delimitar o escopo do trabalhador coletivo; permite-nos precisar o conteúdo da expressão de Marx 'mais perto ou mais distante da manipulação do objeto de trabalho'.

No "processo de trabalho" encontramos "uma espécie particular de trabalhadores assalariados" que "comandam em nome do capital", aqueles que exercem as funções de controle. Tal controle – "comando do capital" – "converte-se numa exigência para a execução do próprio processo de trabalho, numa verdadeira condição da produção" (Marx, 1983: 262-263).

Dado o inevitável antagonismo entre capital e trabalho, e dado que, "com a [maior] massa dos trabalhadores ocupados[,] ao mesmo tempo cresce também sua resistência e com isso necessariamente a pressão do capital para superar essa resistência" e, levando-se ainda em consideração que, "com o [maior] volume dos meios de produção (...) cresce a necessidade do controle sobre sua adequada utilização", há uma crescente necessidade por controle e do pessoal especializado que o execute (Marx, 1983: 262). Surge assim "uma disciplina de caserna, que evolui para um regime fabril completo" – o que implica, e ao mesmo tempo, requer – "a divisão dos trabalhadores em trabalhadores manuais e supervisores do trabalho, em soldados rasos e suboficiais da indústria" (Marx, 1983: 44).

É sob esse "despotismo" (Marx, 1983: 263) que o capital se apropria da maior produtividade resultante da "cooperação" no trabalho. E a força coletiva gerada pela "cooperação" imposta pelo capital faz surgir uma potência produtiva que,

imediatamente, parece ser potência do capital e não do trabalho – e o burguês se apropria desse acréscimo da produtividade sem pagar ao trabalhador a mais por ele (Marx, 1983: 263, 120).

Marx continua poucas linhas depois:

> esse despotismo desenvolve suas formas peculiares. Como o capitalista, de início, é libertado do trabalho manual, tão logo seu capital tenha atingido aquela grandeza mínima com a qual a produção verdadeiramente capitalista apenas começa, assim ele transfere agora a função de supervisão direta e contínua do trabalhador individual ou de grupos de trabalhadores a uma espécie particular de trabalhadores assalariados. (Marx, 1983: 263-264)

Esta "espécie particular de trabalhadores assalariados"[25] é comparada com a hierarquia militar e assim caracterizada:

> Do mesmo modo que um exército precisa de oficiais superiores militares, uma massa de trabalhadores, que cooperam sob o comando do mesmo capital, necessita de oficiais superiores industriais (dirigentes, *managers*) e suboficiais (capatazes, *foremen*, *overlookers*, *contre-maîtres*) que durante o processo de trabalho comandam em nome do capital. O trabalho da superintendência se cristaliza em sua função exclusiva. (Marx, 1983: 263-264)[26]

Enquanto o trabalhador coletivo (em sua totalidade) tem por função a manipulação do objeto de trabalho, isto é, a transformação da natureza,[27] os superintendentes (para continuar com a expressão de Marx) têm por função o controle imediato e direto das pessoas e são uma espécie particular de assalariados porque cumprem uma função exclusiva: controle do trabalho para que o capital possa se reproduzir.

Marx também aponta outra camada de assalariados que exerce a função de controle:

> O grupo articulado da manufatura é substituído [na fábrica automática] pela conexão do operário principal com alguns poucos auxiliares. A distinção essencial é entre

---

25 E não apenas no chão-da-fábrica, como se costuma dizer, mas também no Estado. Marx faz seguidas referências a funcionários públicos encarregados da vigilância dos locais de trabalho (Marx 1983: 193, 201, p.ex).

26 Na página anterior, lemos: "Essa função de dirigir, superintender e mediar torna-se uma função do capital, tão logo o trabalho a ele subordinado torna-se cooperativo. Como função específica do capital, a função de dirigir assume características específicas" (Marx, 1983: 263).

27 Já vimos que o objeto de trabalho é necessariamente a natureza porque, em Marx, o trabalho é o intercâmbio orgânico com a natureza.

> trabalhadores que efetivamente estão ocupados com as máquinas-ferramentas (adicionam-se a estes alguns trabalhadores para vigiar ou então alimentar a máquina-motriz) e meros ajudantes (quase exclusivamente crianças) desses trabalhadores de máquinas. Entre os ajudantes incluem-se mais ou menos todos os *feeders* (que apenas suprem as máquinas com material de trabalho). Ao lado dessas classes principais, surge um pessoal numericamente insignificante que se ocupa com o controle do conjunto da maquinaria e com sua constante reparação, como engenheiros, mecânicos, marceneiros etc. É uma classe mais elevada de trabalhadores, em parte com formação científica, em parte artesanal, externa ao círculo de operários de fábrica e só agregada a eles. (Marx, 1985: 42)

As duas classes principais são compostas, por um lado, pelos 'trabalhadores que efetivamente estão ocupados com as máquinas-ferramentas' e 'meros ajudantes' (que incluem os *feeders*) e, ao lado deles, surge um pessoal 'extern[o] ao círculo de proletários de fábrica e só agregad[o] a eles' 'que se ocupa com o controle do conjunto da maquinaria e com sua constante reparação'. Esta é a distinção essencial: o 'controle' e a 'constante reparação' da 'maquinaria' é uma atividade externa aos proletários e função específica de 'trabalhadores' 'de uma classe mais elevada' e 'externa' aos 'operários de fábrica'. Na época de Marx, o mecânico e o marceneiro, junto com o engenheiro, não faziam parte dos operários de fábrica. E a razão disto é que, se o engenheiro se insere na estrutura produtiva de forma diferenciada do proletariado porque realiza as ações de 'controle' que exigem uma 'formação científica', algo análogo ocorria no século XIX com o marceneiro e o mecânico, todavia por uma razão inteiramente diversa: suas atividades eram ainda 'em parte artesanal'. O engenheiro, por sua função de controle e formação científica, o marceneiro e o mecânico, por seu caráter artesanal, estão fora do círculo dos operários de fábrica. O desenvolvimento do capitalismo terminou removendo a posição 'mais elevada' do mecânico e do marceneiro. Mas não removeu desta posição superior o engenheiro, que continua a exercer a função de controle, de superintendência (para recuperar a expressão de Marx). Na cooperação imposta pelo capital ao trabalho, as atividades de controle não apenas incluem a superintendência e a supervisão, como todas as atividades de manutenção e de concepção, como a do engenheiro. Eles são "uma espécie particular de trabalhadores assalariados" (Marx, 1983: 263-264), uma "classe mais elevada de trabalhadores (...) externa ao círculo dos operários de fábrica" (Marx, 1985: 42).

Em uma outra passagem Marx volta ao mesmo tema. Lembremos que, no texto que já analisamos do início do Capítulo XIV, ele menciona que o trabalhador coletivo é concomitante à separação do trabalho intelectual e do trabalho manual

até se oporem como 'inimigos'.[28] O trabalhador coletivo é fruto de um certo patamar de desenvolvimento da divisão social do trabalho que possui, como uma sua determinação ontológica, o controle do trabalho manual pelo intelectual. O trabalho intelectual é a expressão da dominação de classe do trabalho manual. O trabalhador intelectual, portanto (tal como o engenheiro anteriormente mencionado) não faz parte dos operários de fábrica.

Outro elemento da delimitação do escopo do trabalhador coletivo pode ser encontrado na discussão por Marx das principais fases do desenvolvimento da cooperação imposta pelo capital. No início o desenvolvimento da produção capitalista se deu pelo simples aumento do número de trabalhadores envolvidos. O dobro de trabalhadores significava o dobro da produção. "A oficina do mestre-artesão é apenas ampliada" (Marx, 1983: 257).

Com o desenvolvimento do capitalismo, "uma parte dos meios de produção" passa a ser "agora consumida em comum no processo de trabalho" (Marx, 1983: 259). Como a utilização em comum dos meios de trabalho implica menores investimentos por parte dos capitalistas, o efeito imediato é a diminuição do valor das mercadorias (Marx, 1983: 259). Com duas conseqüências: caindo o valor das mercadorias, abaixa "o valor da força de trabalho" e eleva a taxa de mais-valia (Marx, 1983: 259). E a segunda, como já mencionamos, é a apropriação pelo capital do aumento da capacidade produtiva do trabalho sem pagar um centavo a mais ao trabalhador. "Não se trata aqui apenas do aumento da força produtiva individual por meio da cooperação, mas da criação de uma força produtiva que tem de ser, em si e para si, uma força de massas" (Marx, 1983: 260).

> Embora muitos executem simultânea e conjuntamente o mesmo ou algo semelhante, o trabalho individual de cada um pode ainda assim representar, como parte do trabalho coletivo (*Gesamtarbeit*),[29] diferentes fases do próprio processo de trabalho, as

---

28 O texto de Marx (1985: 105): "Na medida em que o processo de trabalho é puramente individual, o mesmo trabalhador reúne todas as funções que mais tarde se separam (...) O homem isolado não pode atuar sobre a Natureza sem a atuação de seus próprios músculos, sob o controle de seu próprio cérebro. Como no sistema natural cabeça e mão estão interligados, o processo de trabalho une o trabalho intelectual com o trabalho manual. Mais tarde separam-se até se oporem como inimigos. O produto transforma-se, sobretudo, do produto direto do produtor individual em social, em produto comum de um trabalhador coletivo, isto é, de um pessoal combinado de trabalho, cujos membros se encontram mais perto ou mais longe da manipulação do objeto de trabalho."

29 Os tradutores optaram por 'trabalho global' e não por 'trabalho coletivo'. Esta escolha não nos parece justificada, pois o texto refere-se, claramente, ao trabalhador coletivo no mesmo sentido da frase logo abaixo e do segundo parágrafo do Capítulo XIV (Marx, 1985: 105).

> quais o objeto de trabalho percorre mais rapidamente em virtude da cooperação. Assim, por exemplo, quando pedreiros formam uma fila de mãos para levar tijolos do pé ao alto do andaime, cada um deles faz o mesmo, mas não obstante as operações individuais formam *partes contínuas de uma operação global* (*bilden die einzelnen Verrichtungen kontinuierliche Teile einer Gesamtverrichtung*), fases específicas, que cada tijolo tem de percorrer no processo de trabalho, e pelas quais, digamos, as 24 mãos do trabalhador coletivo (*Gesamtarbeiters*) o transportam mais rapidamente do que as duas mãos de cada trabalhador individual que subisse e descesse o andaime. O objeto de trabalho percorre o mesmo espaço em menos tempo. Por outro lado, ocorre combinação de trabalho quando, por exemplo, uma construção é iniciada, ao mesmo tempo, de vários lados, embora os que cooperam façam o mesmo ou algo da mesma espécie. A jornada de trabalho combinado de 144 horas, que ataca o objeto de trabalho espacialmente de vários lados, porque o trabalhador combinado ou trabalhador coletivo (*kombinierte Arbeiter oder Gesamtarbeiter*) possui olhos e mãos à frente e atrás e, até certo ponto, o dom da ubiqüidade, faz avançar o produto global mais rapidamente do que 12 jornadas de trabalho de 12 horas de trabalhadores mais ou menos isolados, obrigados a atacar sua obra mais unilateralmente. (Marx, 1983: 260; 1975: 346, grifos meus)

Na seqüência, Marx cita mais exemplos de trabalhador combinado ou trabalhador coletivo (tosquiar um rebanho de ovelhas, colher determinada área de trigo) e, no parágrafo subseqüente, comenta:

> Em comparação com uma soma igual de jornadas de trabalho isoladas individuais[,] a jornada de trabalho combinada (*kombinierte Arbeitstag*) produz maiores quantidades de valor de uso, diminuindo por isso o tempo de trabalho necessário para produzir determinado efeito útil. Se, conforme o caso, ela obtém essa força produtiva mais elevada por (...) *imprimir às operações semelhantes de muitos o cunho da continuidade e da multiplicidade* (*vieler den Stempel der Kontinuität und Vielseitigkeit aufdrückt*), ou por executar diversas operações ao mesmo tempo, ou por economizar os meios de produção mediante seu uso coletivo, ou por emprestar ao trabalho individual o caráter de trabalho social médio, em todas as circunstâncias a força produtiva específica da jornada de trabalho combinada é força produtiva social do trabalho ou força produtiva do trabalho social (*kombinierten Arbeitstags gesellschaftliche Produktivkraft der Arbeit oder Produktivkraft gesellschaftlicher Arbeit*). Ela decorre da própria cooperação. Ao cooperar com outros de um modo planejado, o trabalhador se desfaz de suas limitações individuais e desenvolve a capacidade de sua espécie. (Marx, 1983: 261-262; 1975: 349, grifos meus)

Para o exame da heterogeneidade interna ao trabalhador coletivo ('mais perto ou mais longe da manipulação do objeto de trabalho') é significativo que, em Marx, a força combinada do trabalhador coletivo, a 'força de massas' (Marx, 1983: 260), é

obtida, além de vários outros fatores, ao se "imprimir às operações semelhantes de muitos o cunho da continuidade e da multiplicidade", e "as operações individuais forma[rem] partes contínuas de uma operação global".

O trabalhador coletivo, como vimos anteriormente, é o conjunto de trabalhadores que, como 'totalidade',[30] cumpre a função social de, nas condições históricas da sociedade burguesa madura, converter a natureza nos meios de produção e de subsistência indispensáveis à reprodução social. A sua presença permite à burguesia se apoderar 'gratuitamente' do ganho de produtividade advinda do trabalho cooperativo imposto pelo capital aos trabalhadores. Por ser expressão de um elevado nível da divisão social do trabalho, o trabalhador coletivo contém em seu interior diferentes práxis, caracterizadas por Marx pela expressão 'mais perto ou mais longe da manipulação do objeto de trabalho'.

Podemos, agora, melhorar nossa compreensão desta caracterização marxiana do trabalhador coletivo, acrescentando que tal 'multiplicidade' de atividades 'dos membros' do trabalhador coletivo 'tomados isoladamente' (pela qual cada trabalhador se encontra 'mais perto ou mais longe da manipulação do objeto de trabalho', lembremos) é marcada pelo 'cunho da continuidade' que possibilita às 'operações individuais forma[rem] partes contínuas de uma operação global'. As diversas atividades são ordenadas em uma operação global e, nesta, a totalidade confere à atividade de cada membro tomado isoladamente, o cunho da continuidade. A multiplicidade é, portanto, caracterizada com precisão por Marx: é a multiplicidade de operações semelhantes que, articuladas pelo capital em um processo de trabalho específico, imprim[e] às operações semelhantes de muitos o cunho da continuidade e da multiplicidade.

Por 'mais perto ou mais longe da manipulação do objeto de trabalho' Marx tem em vista esta heterogeneidade, esta multiplicidade, das atividades que compõem o trabalhador coletivo. É uma multiplicidade, que se refere, em primeiro lugar, ao trabalho manual, à manipulação do objeto de trabalho. Em segundo lugar, podemos agora acrescentar, é uma multiplicidade marcada por uma continuidade fundamental: são partes contínuas de uma operação global.

A expressão 'mais perto ou mais longe da manipulação do objeto de trabalho' tem, portanto, no texto marxiano, uma amplitude muito precisa: inclui os atos que,

---

30 Esta 'totalidade', lembremos, é dada pela cooperação imposta aos trabalhadores pelo capital. É importante este aspecto da questão porque os pequenos proprietários rurais e artesãos que não exploram outros trabalhadores, ainda que também operem o intercâmbio orgânico com a natureza, não fazem parte do trabalhador coletivo.

organizados na forma da cooperação, "sob o comando de um mesmo capital" (Marx, 1983: 263), possibilitam ao burguês se apropriar gratuitamente da produtividade da força de massas do trabalho coletivo. Tais atos exibem o cunho da continuidade entre operações semelhantes que cumprem a mesma função social: a manipulação do objeto de trabalho de modo a converter a natureza em meios de produção e de subsistência.

Desta heterogeneidade fazem parte os atos que transformam a natureza e aqueles outros dos

> trabalhadores que efetivamente estão ocupados com as máquinas ferramentas (adicione-se a estes alguns trabalhadores para vigiar a ou então alimentar a máquina motriz) e meros ajudantes (quase exclusivamente crianças) desses trabalhadores de máquinas. Entre os ajudantes incluem-se quase todos os *feeders* (que apenas suprem as máquinas com o material de trabalho). (Marx, 1985: 42)

Para que esta forma de cooperação dos trabalhadores seja possível, é historicamente imprescindível a ação de controle do trabalho intelectual, que assim adentra ao modo de cooperação capitalista[31] como inimigo mortal (para ficarmos com Engels) do trabalho manual.

Esta espécie particular de assalariados se afirma no contexto histórico da oposição como inimigos do trabalho manual e do trabalho intelectual e pode assumir as mais variadas formas, desde o sublocador da força de trabalho, só "interessado em estafar seus camaradas em seu próprio proveito" (Marx, 1985: 141, v. tb. 141-142), até os técnicos, engenheiros, administradores que se localizam no interior ou nas proximidades dos locais de trabalho, e também os inspetores do Estado encarregados da aplicação da legislação e fiscalização das condições de trabalho. Este corpo de 'inimigos' do trabalho manual é em si muito variado tanto nas suas funções específicas, como também no nível de seu rendimento e sua inserção social. Apesar destas enormes diferenças, importantes e com significativas diferenças na esfera político-ideológica, não podemos nos esquecer do fundamento ontológico que têm em comum: compartilham com a burguesia do fato de explorarem o trabalho proletário, mesmo que sua potência social não lhes permita senão fazê-lo indiretamente, ao contrário dos burgueses que o fazem de modo direto. "O homem

31 Não queremos sugerir, com isso, que apenas no capitalismo o trabalho manual e o trabalho intelectual se oponham como inimigos de classe. Isso ocorre em todas as sociedades que se baseiam na exploração do homem pelo homem, o que não cancela as diferenças específicas desta oposição sob a regência do capital.

do saber e o trabalhador produtivo estão amplamente separados um do outro e a ciência, ao invés de nas mãos do trabalhador colocou-se contra ele em quase toda parte" (Marx, 1983: 284n67).

Um rápido sumário antes de avançarmos para a conclusão: em se tratando do trabalhador coletivo, até este ponto foi dito por Marx que: 1) é composto por trabalhadores produtivos; 2) como 'totalidade' exerce o intercâmbio orgânico com a natureza; 3) é composto pelos "trabalhadores que efetivamente estão ocupados com as máquinas ferramentas (adicione-se a estes alguns trabalhadores para vigiar ou então alimentar a máquina motriz) e meros ajudantes (quase exclusivamente crianças) desses trabalhadores de máquinas. Entre os ajudantes incluem-se quase todos os *feeders* (que apenas suprem as máquinas com o material de trabalho)" (Marx, 1985: 42); 4) apenas pode existir com a 'oposição como inimigos' do trabalho intelectual com o manual. É, também, a expressão histórica, sob o capitalismo, da "oposição como inimigos mortais" (Engels) entre o trabalho manual e o trabalho intelectual comum a todas as sociedades de classe.[32]

E o proletariado?

Entre o trabalho (intercâmbio orgânico com a natureza) e o trabalho abstrato há, portanto, um complexo de relações. Tipicamente, toda transformação da natureza sob a regência do capital ocorre sob a forma do trabalho produtivo, ainda que nem todo trabalho produtivo opere o intercâmbio orgânico com a natureza (como no caso do mestre-escola). Sob a forma historicamente específica do capitalismo de ordenar o processo de trabalho, a relação direta com a natureza foi decomposta em operações mais simples, fazendo surgir assim o trabalhador coletivo. Todo tra-

---

32 Em *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, editado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, o texto de abertura da coletânea, "Conceitos Básicos Sobre o Trabalho" (Ramos, 2007), realiza uma operação intelectual muito característica do que ocorre também na educação e no serviço social quando se deseja identificá-los ao trabalho. Em primeiro lugar, desconsidera-se a oposição 'como inimigos' do trabalho intelectual e do trabalho manual; em seguida cancela-se a 'continuidade' existente entre as atividades que compõem o trabalhador coletivo e, fundamentalmente, cancela-se a função social do trabalhador coletivo 'como totalidade': a produção de meios de produção e subsistência pela transformação da natureza. Algo muito semelhante pode ser encontrado, por exemplo, em Iamamoto (1998) e Saviani (2000). Por essa via o texto mencionado amplia o trabalhador coletivo quase até o infinito e, então, as profissões ligadas à medicina podem ser classificadas como 'trabalho'. O preço que se paga é elevado: o trabalho não mais pode ser a categoria fundante do ser social, pois quase tudo agora é trabalho. E, na seqüência, perde-se a peculiaridade de classe do operariado e, assim, perde-se também a precisa delimitação do sujeito revolucionário.

balhador coletivo é, portanto, um trabalhador produtivo, ainda que nem todo trabalhador produtivo seja parte do trabalhador coletivo. Tal como ocorre em todas as sociedades de classe, também no capitalismo temos a oposição 'como inimigos' entre os que controlam a produção e aqueles que produzem. No capitalismo, esta oposição é o fundamento para que os engenheiros, administradores, supervisores etc. não façam parte do trabalhador coletivo. E como eles não produzem mais-valia, são todos eles trabalhadores improdutivos.

Por fim, temos também um complexo muito heterogêneo de atividades que são imprescindíveis para a reprodução do capital, ainda que não atuem na produção de mais-valia nem na transformação da natureza. Referimo-nos aos serviços prestados pelo instrumento especial de repressão dos trabalhadores que é o Estado e, também, ao comércio, aos bancos e atividades que se apropriam da renda da terra. Como vimos, há enormes diferenças entre eles, todavia compartilham do fato de que não produzem mais-valia e são, por isso, trabalho improdutivo.

O que, nesse complexo de relações, particularizaria o proletariado é o fato de ser ele o responsável (em sua 'totalidade', lembremos) pela transformação da natureza nos meios de produção e de subsistência–, transformação essa que, como vimos, é fundante do ser social em geral (o trabalho como categoria fundante do mundo dos homens) e de cada formação social em particular (o trabalho escravo funda o escravismo, o servil o feudalismo, o trabalho proletário o capitalismo, o trabalho associado o comunismo etc.). Essa posição muito especial e particular do proletariado na reprodução do capital se manifesta, mais imediatamente, em quatro aspectos que analisaremos rapidamente:

1) O trabalho proletário, ao converter a natureza (ou a matéria-prima), produz um novo *quantum* de riqueza. O tempo de trabalho "cristalizado" (Marx, 1983: 48) no corpo da nova mercadoria significa que um novo "conteúdo material" de riqueza foi gerado e que a sociedade teve acrescida, ao montante da riqueza social já existente, uma nova parcela. Capital foi "produzido". Ao transformar a natureza em mercadorias o proletário produz, além de mais-valia, também um acréscimo na riqueza social total. Ao seu final temos um novo *quantum* de capital que se acumula em uma "coisa" (*Ding*), "meios de trabalho" ou "meios de subsistência" (Marx, 1983: 164). E como esta riqueza social acrescida é apropriada pelo capitalista, o proletário 'produz' o 'capital'. O trabalho proletário é um trabalho produtivo que produz um novo *quantum* de riqueza. Ao seu final, a sociedade possui *x* toneladas de ferro, *y* metros quadrados de prédios, *z* toneladas de trigo ou soja que não existiam antes.

Apenas na conversão da natureza a produção de mais-valia acresce a riqueza social total. Quando a produção da mais-valia ocorre fora do intercâmbio com a natureza (o mestre-escola), ela se dá pela transformação do dinheiro que está no bolso dos pais dos alunos em capital na conta bancária do burguês da 'fábrica de ensinar'. Essa transferência é uma soma de resultado zero: o que os pais perderam, o burguês recebeu na outra ponta. E a mediação dessa troca é o serviço prestado pelo professor: a aula. Esta, como não é a transformação da natureza, resulta em um produto que já estará inteiramente consumido ao terminar a aula. Nenhum novo *quantum* foi acrescido ao 'capital social total' – apenas foi concentrada na conta do burguês a riqueza que já existia distribuída entre os muitos pais de alunos. Houve uma concentração de riqueza nas mãos do capitalista sem que fosse gerado qualquer meio de produção ou de subsistência que agregasse, ao total da riqueza já existente na sociedade, um novo montante. Não houve, portanto, nenhuma produção de capital, mas apenas a sua 'valorização'.

Por estas razões Marx afirma que "por 'proletário' só se deve entender economicamente o assalariado que produz e valoriza 'capital'" (Marx, 1983: 188n70). O proletário cumpre uma dupla função: 'produz a mais-valia e valoriza o capital'; o trabalhador produtivo não proletário cumpre apenas uma destas duas funções, a valorização do capital. Ele não 'produz', apenas serve à 'autovalorização do capital', como é o caso do professor na 'fábrica de ensinar'. E os trabalhadores improdutivos nem valorizam nem produzem o capital. Esta é a primeira diferença importante entre o trabalho produtivo do proletário e o dos demais assalariados: toda riqueza é produzida pelo proletariado. Por isso, diz Marx, ele e apenas ele 'produz' o capital.

2) Só a mercadoria produzida pelo proletário no intercâmbio orgânico com a natureza pode servir de meio de acumulação do capital.

> Para acumular, precisa-se transformar parte do mais-produto em capital. Mas, sem fazer milagres, só se podem transformar em capital coisas que são utilizáveis no processo de trabalho, isto é, meios de produção e, além destas, coisas com as quais o trabalhador pode manter-se, isto é, meios de subsistência. (Marx, 1983: 164)

Pode-se acumular um montante de capital em toneladas de ferro, prédios, barras de ouro ou estoques de carro. Contudo, não se pode acumular o capital sob a forma de tantas horas de aulas de um mestre-escola.

Esta diferença, por sua vez, é a expressão de um fato ontológico mais profundo: ao contrário do professor, o proletário realiza o intercâmbio orgânico com a natureza e, por isso, produz o 'conteúdo material da riqueza'. O trabalho do

proletário resulta em um produto final que, além de valorizar, também produz o capital e pode, por isso, servir de meio para sua acumulação. O resultado do trabalho do mestre-escola, por seu lado, limita-se ao momento em que é objetivado e dele não resulta nenhuma "coisa" – *Ding* – (Marx, 1983: 46) que seja um 'meio de produção ou meio de subsistência'. Por isso, do trabalho abstrato do mestre-escola não resulta qualquer produto final que possa servir de meio de acumulação. O mesmo pode ser dito do assistente social, da educação, das profissões da área da saúde e de outras tantas atividades assalariadas.

3) A terceira diferença significativa é a própria práxis dos proletários na comparação com a do restante dos assalariados. A começar pelo local até as respectivas funções sociais. Os métodos, técnicas, procedimentos, formação profissional requerida etc. são tão distintos que apenas por uma enorme e indevida abstração podemos chamar a todas as práxis de trabalho. Para ficarmos apenas com uma das distinções fundamentais que aqui estão presentes, lembremos da discussão anterior sobre os objetos de trabalho. Segundo Marx, apenas e tão-somente fazem parte do intercâmbio orgânico do homem com a natureza. Por isso estão presentes no trabalho proletário. As outras práxis interferem na reprodução de complexos sociais ao atuarem sobre relações puramente sociais (no sentido de se desdobrarem exclusivamente entre seres humanos). Por isso são práxis que não podem e não devem ser identificadas ao trabalho.

4) Argumentamos, até aqui, que entre os proletários e os outros assalariados há diferenças do ponto de vista de suas respectivas funções sociais. O proletariado opera o intercâmbio orgânico com a natureza, 'produz' o capital. Os outros assalariados, quando são produtivos, apenas o 'valorizam' pela conversão do dinheiro em capital (o mestre-escola). E, quando são improdutivos, transformam a mais-valia em dinheiro (comércio) ou organizam e controlam o processo de trabalho quer no interior das indústrias, quer como parte do Estado. Vimos que entre as posições teleológicas primárias dos proletários e as secundárias de todos os outros assalariados se interpõe uma vasta gama de diferenças no que diz respeito aos métodos, procedimentos, técnicas, resultados etc. Há ainda o fato de que apenas as mercadorias produzidas pelos proletários servem de meio de acumulação (acumula-se capital em prédios, ferro etc., mas não em horas de aula etc.). Relacionada a essas três distinções, há também uma diferenciação de classe.

As classes sociais se diferenciam e se determinam mutuamente pelas respectivas inserções na estrutura produtiva. Contudo, a relação entre esta determinação

material e a atuação das classes nos processos sociais é mediada, necessariamente, pela consciência dos indivíduos que as compõem. Neste sentido e medida, toda e qualquer determinação material recebe uma resposta por parte dos indivíduos – e das classes que eles formam – que tem na consciência e, portanto, no fator ideológico, uma mediação ineliminável. O ser histórico das classes, portanto, nem é apenas decorrente do lugar que ocupam na estrutura produtiva das sociedades, nem é apenas uma conseqüência da esfera ideológica. É uma síntese muito complexa das determinações materiais e ideológicas que consubstancia a ação real, efetiva, das classes sociais com base nas possibilidades e limites postos pela objetividade social a cada momento da história.

Nesta síntese entre as determinações objetivas e as determinações ideológicas no ser histórico-concreto das classes, cabe à base material o momento predominante. Se continuarmos com os exemplos de Marx, o proletário e o mestre-escola se distinguem também porque à medida que o primeiro vive da riqueza que ele próprio produz, o salário do mestre-escola tem sua origem na mais-valia produzida pelos proletários e distribuída entre os diferentes setores do capital (Marx, 1983: 151). A distinção ontológica de classe entre os professores e os proletários é que estes vivem da riqueza produzida por eles próprios, ao passo que os professores vivem da riqueza produzida pelos proletários, ainda que o façam indiretamente, pela mediação do Estado e/ou da burguesia.

Essa posição ambígua dos mestres-escolas – assim como a dos outros assalariados não-proletários – leva a ter contradições objetivas tanto com o proletariado como com a burguesia. Com a burguesia, porque são por ela explorados ao serem forçados a vender a sua força de trabalho; ou seja, por terem, tal como o proletariado, sua inserção social mais efetiva e rica, aquela mediada pelo trabalho, reduzida à mera mercadoria, a trabalho abstrato. Isto faz que haja uma efetiva e real aproximação destes setores assalariados com os interesses históricos do proletariado.

Por outro lado, estes setores assalariados não-proletários, entre eles os mestres-escolas, por terem na riqueza que a burguesia expropria dos proletários a fonte da sua propriedade privada e dos seus salários, possuem também uma forte ligação com a manutenção do capitalismo. Esta ligação com a ordem do capital se expressa, não apenas em sua posição social mais elevada, não apenas nos 'privilégios' da vida de explorados não-proletários, se comparada com o cotidiano proletário, mas também em seu apego ideológico à propriedade privada sempre que esta foi ameaçada pela luta de classe. Em linhas gerais, são personificações da oposição 'como inimigos' do trabalho manual e do trabalho intelectual e expressam, como mediações da

produção e realização da mais-valia, as próprias exigências da reprodução ampliada do capital.[33]

Os assalariados não-proletários possuem, portanto, identidades e contradições tanto com a burguesia como com o proletariado. Tal ambígua determinação material dos setores assalariados não-proletários decorre da sua inserção na estrutura produtiva. Sua função social, de um modo geral, é auxiliar na reprodução das relações sociais burguesas e, neste preciso sentido, tais setores atuam predominantemente como força auxiliar na reprodução do capital. Contudo, a ampliação das relações capitalistas a todos os poros da sociedade leva, de forma crescente, as profissões ditas liberais a serem convertidas em fonte de lucro – sejam incorporadas à valorização do capital, transformando advogados, médicos etc. em trabalhadores assalariados. Esta tendência marcante do desenvolvimento capitalista contemporâneo faz que aumentem as contradições reais, materiais, destes profissionais para com a burguesia. Contradições estas qualitativamente distintas das do proletariado, mas nem por isso desimportantes para o processo histórico.

Marx, em *O 18 Brumário de Luís Bonaparte* define estes setores sociais como "classe de transição" – *Übergangsklasse* – (Marx, 1979: 229) em outros momentos, refere-se a eles como "pequena burguesia". Para nossa investigação, não é decisivo qual a denominação mais adequada ou mesmo a delimitação mais precisa das fronteiras sociológicas dos assalariados não-proletários. O que a nós importa é que, para Marx, o fato de serem trabalhadores produtivos não anula o fato de entre o mestre-escola e o proletário haver diferenças de classe, diferenças estas que condensam as causas pelas quais o proletariado é a classe revolucionária por excelência: é a única classe que vive da riqueza produzida pelo seu trabalho. Suas condições de vida e trabalho não decorrem, nem direta nem indiretamente, da exploração de outra classe social. Diferente de todas as outras classes sociais, o proletariado nada tem a perder com a extinção da propriedade privada. E é a única que tem tudo a ganhar com a superação da exploração do homem pelo homem. Sumariamente: o proletariado, por ser a única classe rigorosamente não parasitária da sociedade capitalista, é "a classe cuja missão histórica é a derrubada do modo de produção capitalista e a abolição final das classes" (Marx, 1983: 18).

---

33 João Bernardo (1997: 149-150) tem uma descrição interessante do caráter ambíguo, 'de transição' no dizer de Marx, destes assalariados não proletários.

PROLETARIADO E REVOLUÇÃO

É com base nestas determinações mais gerais que se colocam as possibilidades de as classes serem influenciadas pela ação dos indivíduos, dos complexos ideológicos, das lutas políticas, dos partidos, enfim, pelas lutas de classe. Se as determinações materiais do proletariado ('produtor' do 'capital', do 'conteúdo material da riqueza') o fazem potencialmente capaz de ser o portador histórico do projeto de emancipação, a atualização desta possibilidade depende do desenvolvimento histórico em sua totalidade. Depende da ação dos indivíduos bem como da interação entre eles e as tendências históricas mais universais; está relacionada com o desenvolvimento das contradições materiais (crises, expansão econômica) e das interações com as lutas ideológicas que interferem na escolha de quais alternativas serão objetivadas etc.

É também a inserção material da burguesia que faz dela uma classe cujo potencial se circunscreve, depois de 1848, a agir como classe contra-revolucionária por excelência. Seu único projeto histórico, independente da forma ideológica e da aparência política que assuma no decorrer das lutas de classe, é a manutenção das alienações sempre pela afirmação de um patamar superior de valorização do próprio capital. Como a constituição da burguesia como classe contra-revolucionária é um processo histórico já realizado (diferente do que ocorre com a potencialidade revolucionária do proletariado), sua atuação limita-se a buscar novas formas de reprodução do capital que, como diz Mészáros, 'desloquem', sem nunca superar, as suas contradições decisivas (Mészáros, 2002).

De modo análogo operam as determinações materiais sobre os setores assalariados não-proletários. A sua heterogeneidade, qualitativamente maior que a dos proletários e burgueses, bem como a sua extensão no tecido social, faz que nunca se apresentem como um bloco político e ideologicamente homogêneo. Nos momentos em que o confronto entre a burguesia e o proletariado se acirra, a tendência é estes setores se dividirem entre o apoio à manutenção da propriedade privada burguesa e o apoio ao projeto socialista proletário. Em não poucos momentos da história a capacidade da burguesia ou dos revolucionários em atraírem para si o apoio político destes setores determinou o resultado dos embates. E, em futuros momentos de intensificação das lutas de classe, de que modo estes setores se repartirão entre a burguesia e o proletariado dependerá fundamentalmente da conjuntura, da luta político-ideológica e da interação dessas lutas com o desenvolvimento da crise revolucionária.[34]

---

34 Todas as revoluções conheceram deslocamentos político-ideológicos semelhantes, da Revolução Inglesa do século XVII à Guerra Civil Espanhola, passando pela Revolução Russa e as

Por outro lado, em momentos fortemente marcados pela contra-revolução, como o que vivemos, o refluxo das lutas de classe faz que a fisionomia ideológico-política das classes assalariadas se turvem. Hoje – mas lembremos que este quadro, pela pressão da crise em curso, pode se alterar rapidamente –, os proletários em sua maioria não se identificam com a emancipação da humanidade e estão fortemente polarizados pelas políticas reformistas. Para sermos breves, lutam pelo direito a serem explorados (o 'direito ao emprego') e não pela abolição do trabalho assalariado e do próprio capital.[35] Por sua vez, sem uma alternativa socialista, os setores assalariados não-proletários são cooptados pela ideologia e pelos projetos burgueses, sejam eles mais ou menos reformistas, mais ou menos conservadores. O resultado, todos conhecemos: as classes sociais não se comportam no plano ideológico e político de forma nitidamente diferenciada; pelo contrário, suas identidades políticas estão bastante confusas.

Isto não é uma novidade em se tratando da história; em outros momentos nos quais predominou a contra-revolução o mesmo fenômeno pôde ser observado. Contudo, tal como no passado, o momentâneo velamento político-ideológico das diferenças e contradições entre as classes sociais 'não significa que desapareceram as suas contradições e os seus antagonismos objetivos'. Significa, apenas, que estas contradições e antagonismos se expressam, nas lutas de classe, na forma pouco nítida possível em um período histórico em que a vitória da burguesia é avassaladora. Uma vez mais, contudo, esta vitória avassaladora é 'apenas' uma vitória avassaladora. Ela não anula nem as contradições inerentes ao capital, nem diminui as desumanidades que o capitalismo necessariamente produz. Por mais avassaladora, a vitória do capital sobre o trabalho é apenas pontual, efêmera e prepara o cenário para a retomada das lutas de classe e em um novo patamar. Todas as crises revolucionárias sempre tiveram duas coisas em comum: foram precedidas por períodos contra-revolucionários e foram rigorosamente imprevisíveis.[36] O resultado delas,

---

Guerras de Libertação Nacional como a Revolução Chinesa e a Vietnamita. Muito úteis para uma primeira abordagem desta questão são dois clássicos: *A História da Revolução Russa*, de Leon Trotsky (1967) e *A História da Revolução Francesa* (Soboul, 1974).

35 "Em vez do lema *conservador* de 'Um salário justo por uma jornada de trabalho justa!', [a classe operária] deverá inscrever na sua bandeira esta divisa *revolucionária*: 'Abolição do sistema de trabalho assalariado!'" (Marx, 1977: 377-378).

36 Para citar o que talvez seja o caso mais eloqüente desta imprevisibilidade das crises revolucionárias: quando da Revolução de Fevereiro de 1917, a poucos dias da queda do czar, todos os agrupamentos revolucionários (bolcheviques inclusos) lançaram um manifesto conclamando os trabalhadores a suspenderem a greve com o argumento de que, naquela circunstâncias, a

contudo, dependerá também dos fatores subjetivos, ideológicos – novamente, tal como no passado.

Concluindo, duas observações. A primeira: estamos convencidos de que não há inconsistências em Marx quando se trata das categorias trabalho, trabalho abstrato, trabalhador coletivo e classes sociais. Elas, além de imprescindíveis, são suficientes para compreendermos o nosso presente. Estamos também convencidos de que a maior dificuldade na interpretação do texto de Marx não está no texto como tal, mas sim na necessidade de justificar o desaparecimento do proletariado (e, por extensão, do trabalho como categoria fundante do ser social) 'a partir de Marx'. São estas dificuldades que fazem com que os mais variados autores contemporâneos, e das vertentes teóricas as mais variadas (Poulantzas, Lojkine, João Bernardo, Ricardo Antunes, Bottomore, Gurvitch) terminem, cada um a seu modo, encontrando em Marx inconsistências ou impropriedades – na maior parte das vezes pela contraposição entre os manuscritos e o texto de *O Capital* ou, então, desconsiderando passagens decisivas do texto publicado por Marx.

A segunda: a determinação do ser histórico-concreto das classes sociais em cada momento é sempre uma síntese das determinações materiais, que atuam como momento predominante, com determinações político-ideológicas. O caráter predominante das determinações materiais decorre do fato de ser a inserção na estrutura produtiva da sociedade que define o campo de possibilidades e necessidades historicamente aberto para a atuação das mediações ideológico-políticas na configuração histórico-concreta de cada classe em particular. O ser das classes, em cada momento da história, nem decorre direta e imediatamente das determinações materiais nem, por outro lado, estas determinações materiais são canceladas pelo fato de, como hoje, comparecerem de forma velada e travestida na consciência cotidiana.

O fato de proletários e assalariados não proletários não se distinguirem nitidamente, hoje, na esfera político-ideológica, não significa que suas diferenças ontológicas tenham desaparecido. As distinções entre eles apontadas por Marx continuam válidas e não autorizam a dissolução do conceito de proletário no conceito mais geral de trabalhadores. Entre os proletários e os trabalhadores temos uma única identidade: são todos eles assalariados, explorados pelo capital. E, concomitantemente, distinções que não devem ser menosprezadas, pois se referem às

---

derrota era inevitável e o prosseguimento da luta apenas facilitaria ao governo destruir a pouca organização revolucionária já existente.

distintas relações que mantêm com a produção da riqueza social: o proletariado é a classe revolucionária.

Referências

AGUIAR, J. V. Tecnologia e trabalho assalariado. In: COLÓQUIO MARX-ENGELS, 4, 2005, Campinas. *Anais*... Campinas: Unicamp-Cemarx, 2005.

ANTUNES, R. *Os Sentidos do Trabalho.* 2. ed. Rio de Janeiro: Boitempo, 1999.

BELLEVILLE, P. *Une Nouvelle Classe Ouvrière*. Paris: René Julliard, 1963.

BERNARDO, J. *Marx contra Marx*. Porto: Afrontamento, Porto, v. 1 1997a, v. 2 1997b, v. 3 1977c.

BRAGA, R. *A Nostalgia do Fordismo.* São Paulo: Xamã, 2003.

BRAVERMAN, H. *Trabalho e Capital Monopolista*. Trad. Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

BRITO, L. *Gestão de Competência, Gestão de Conhecimento e Organizações e Aprendizagem: instrumentos de apropriação pelo capital do saber do trabalhador*. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2005.

CARVALHO, R. Q. *Tecnologia e Trabalho Industrial*. Porto Alegre: LP&M, 1987.

CLAUDIN, F. La crisis teórica. In: CLAUDIN, F. *La Crisis del Movimiento Comunista*. Paris: Ruedo Ibérico, 1970.

COSTA, G. *Trabalho e Serviço Social: debate sobre as concepções de serviço social como processo de trabalho com base na ontologia de George Lukács*, 1999. Dissertação de Mestrado, Recife: Universidade Federal de Pernambuco.

DAVIS, M. *Planeta Favela*. São Paulo: Boitempo, 2007.

DRUCK, M. G. *Terceirização: (des)fordizando a fábrica*. São Paulo, Salvador: Boitempo, Edufba, 1999.

GORZ, A. *Adeus ao Proletariado*. Rio de Janeiro: Forense, 1980a.

GORZ, A. *Crítica da Divisão do Trabalho*. São Paulo: Martins Fontes, 1980b.

GORZ, A. *Metamorfoses do Trabalho: crítica da razão econômica*. Trad. Ana Montoia. São Paulo: Annablume, 2003

GOUNET, T. *Fordismo e Toyotismo na Civilização do Automóvel*. São Paulo: Boitempo, 1999.

HENRIQUES, L. S. *Notas sobre a Relação entre Ciência e Ontologia*. São Paulo: Editora Ciências Humanas, 1978. (Temas 4)

HIRATA, H. *Nova Divisão Sexual do Trabalho?* Trad. Wanda Caldeira Brant. São Paulo: Boitempo, 2002.

HOWARD, A. Labour, history and sweatshops in the new global economy. In: ROSS, A. (Ed.) *No Sweat: fashion, free trade and the rights of garment workers*. London: Verso, 1999.

IAMAMOTO, M. *O Serviço Social na Contemporaneidade*. São Paulo: Cortez, 1998.

KOLKO, G. *Century of War*. New York: The New Press, 1994.

KRUPAT, K. From war zone to free trade zone. In: ROSS, A. (Ed.) *No Sweat: fashion, free trade and the rights of garment workers*. London: Verso, 1999.

KUMAR, K. *Da Sociedade Pós-Industrial à Pós-Moderna*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LEITE, M. P. *O Futuro do Trabalho.* São Paulo: Escrita, 1989.

LESSA, S. Crítica ao praticismo 'revolucionário'. *Práxis*, 4: 35-64, 1995a.

LESSA, S. *Sociabilidade e Individuação*. Maceió: Edufal, 1995b.

LESSA, S. Praticismo, alienação e individuação. *Práxis*, 8: 47-72, 1997.

LESSA, S. *Mundo dos Homens*. São Paulo: Boitempo, 2002.

LESSA, S. Trabalho, sociabilidade e individuação. *Trabalho, Educação e Saúde*, 4(2), 2006.

LESSA, S. *Trabalho e Proletariado no Capitalismo Contemporâneo*. São Paulo: Cortez, 2007a.

LESSA, S. A emancipação humana e a defesa dos direitos. *Serviço Social e Sociedade*, 90: 35-56, 2007b.

LOJKINE, J. *A Revolução Informacional*. São Paulo: Cortez, 1995.

LUKÁCS, G. *Marx y el Problema de la Decadencia Ideológica*. Imprenta: Siglo XXI Editores, 1981a.

LUKÁCS, G. *Per una Ontologia dell'Essere Sociale*. Ed. Rinuti, Roma. v. I, 1976, v. II, 1981b.

LUKÁCS, G. Tecnologia y relaciones sociales. In: BUKHARIN, N. *Teoria del Materialismo Histórico*. Madrid: Siglo XXI Editores, 1974.

LYOTARD, J. F. *The Post-Modern Condition: a report on knowledge*. Minnesota: University of Minnesota Press, 1984.

MALLET, S. *La Nouvelle Classe Ouvrière*. Paris: Éditions du Seuil, 1963.

MARCELINO, P. R. *A Logística da Precarização: terceirização do trabalho na Honda do Brasil*. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

MARX, K. *A Questão Judaica*. Rio de Janeiro: Lambert, 1969.

MARX, K. *O 18 Brumário de Louis Bonaparte*. São Paulo: Ed. Sociais, 1979.

MARX, K. *O Capital*. São Paulo: Abril Cultural, v. I (1983, Tomo I, 1985, Tomo II).

MARX, K. *Salário, Preço e Lucro: textos*. 3. ed. São Paulo: Sociais, 1977.

MÉSZÁROS, I. *Para além do Capital*. São Paulo: Boitempo, 2002.

MORT, J. 'They want to kill us for a little money'. In: ROSS, A. (Ed.) *No Sweat: fashion, free trade and the rights of garment workers*. London: Verso, 1999.

NAGEL, J. *Trabalho Colectivo e Trabalho Improdutivo na Evolução do Pensamento Marxista*. Lisboa: Prelo, 1979.

PIORE, M. & SABEL, C. *The Second Industrial Divide*. New York: Basic Books, 1984.

POULANTZAS, N. *Classes in Contemporary Capitalism*. London: Verso, 1985.

PRIEB, S. *O Trabalho à Beira do Abismo*. Ijuí: Unijuí, 2005.

RAMOS, M. N. 'Conceitos Básicos sobre trabalho'. In: FONSECA, F. A. & STAUFFER, A. B. (Orgs.) *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007.

ROBINS, K & WEBER, F. 'Information as capital: a critique of Daniel Bell'. In: SLACKE, J. D. & FEJES, F. (Orgs.) *The ideology of the information age*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation, Norwood, 1987.

ROBINS, K & WEBER, F. *The tecnical fix: education, computers and industry*. Londres, Macmillian, 1989.

ROMERO, D. *Marx e a Técnica*. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

ROSS, A. (Ed.) *No Sweat-Fashion, Free Trade and the Rights of Garment Workers*. London, New York: Verso, 1999.

SAVIANI, D. *Pedagogia Histórico-Crítica*. 7. ed. Campinas: Autores Associados, 2000.

SCHAFF, A. *A Sociedade Informática: as conseqüências sociais da segunda revolução industrial*. São Paulo: Editora da Unesp, 1990.

ŠIK, O. *La Tercera Via*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1977.

SOBOUL, A. *História da Revolução Francesa*. Rio de Janeiro, Zahar. 1974.

STEINER, A. & DEBRAY, L. *RAF: guerilla urbaine en Europe Occidentale*. Paris: Éditions L'Échappé, 2006.

TAVARES, M. A. *Os Fios (In) Visíveis da Produção Capitalista*. São Paulo: Cortez, 2004.

TROTSKY, L. *História da Revolução Russa*. Rio de Janeiro, Saga. 1967

VAISMAN, E. *A Ideologia e sua Determinação Ontológica*. São Paulo: Ensaio, 1989.

8

Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores

Ruben Araujo de Mattos

– Severino, retirante, / deixe agora que lhe diga: / eu não sei bem a resposta / da pergunta que fazia, / se não vale mais saltar / fora da ponte e da vida / nem conheço essa resposta, / se quer mesmo que lhe diga / é difícil defender, / só com palavras, a vida, / ainda mais quando ela é esta que vê, severina / mas se responder não pude / à pergunta que fazia, ela, a vida, a respondeu /com sua presença viva.

E não há melhor resposta / que o espetáculo da vida: / vê-la desfiar seu fio, que também se chama vida, / ver a fábrica que ela mesma, / teimosamente, se fabrica, vê-la brotar como há pouco / em nova vida explodida / mesmo quando é assim pequena a explosão, como a ocorrida / como a de há pouco, franzina / mesmo quando é a explosão de uma vida severina.

João Cabral de Mello Neto, *Morte e Vida Severina*

Começo por algumas reflexões teóricas. O título deste artigo expressa minha pretensão de refletir criticamente sobre o trabalho em saúde e sobre a formação profissional em saúde, principalmente sobre as estratégias de transformação do trabalho e da formação em saúde que contribuam para a construção de um cuidado integral, em uma perspectiva emancipatória.

Utilizo a expressão 'reflexão crítica' em sentido análogo a expressão 'teoria crítica' de Boaventura Santos. Diz aquele autor:

> Por teoria crítica entendo toda a teoria que não reduz a 'realidade' ao que existe. A realidade qualquer que seja o modo como é concebida é considerada pela teoria crítica como um campo de possibilidades e a tarefa da teoria consiste precisamente em definir e avaliar a natureza e o âmbito das alternativas ao que está empiricamente dado. A análise crítica do que existe assenta no pressuposto de que a existência não esgota as possibilidades da existência e que portanto há alternativas suscetíveis de superar o que é criticável no que existe. O desconforto o inconformismo ou a indignação perante o que existe suscita impulso para teorizar a sua superação. (Santos, 2001: 23)

Refletir criticamente, nesta perspectiva, exige uma atitude que recusa o conformismo e a resignação diante de características da realidade que aparentemente estão dadas, e que se dispõe a lutar por alternativas. É nesse sentido que seu ponto de partida será necessariamente a indignação. Por sua vez, refletir criticamente implica também um novo posicionamento epistemológico que, rompendo com a pretensão arrogante do conhecimento moderno de produzir um conhecimento que corresponda à realidade, possa apreender as possibilidades de transformação contidas nessa realidade.

Derivam-se daí duas conseqüências teóricas imediatas: de um lado, a necessidade de ressignificar a noção de objetividade do conhecimento, dissociando-a de vez da idéia de neutralidade e de se superar a dicotomia entre estrutura e ação, muito presente em várias abordagens das ciências sociais.

Não é hora nem lugar de examinar em profundidade essas posturas teóricas. Mas cabe, ainda que de modo ligeiro e esquemático, indicar o que orienta o presente trabalho, começando pela idéia de objetividade.

Tornou-se praticamente um senso comum nos tempos modernos a idéia de que a qualidade do conhecimento acadêmico, que alguns preferem denominar de conhecimento científico, fundamenta-se na busca de um conhecimento objetivo e neutro. A objetividade, entendida hoje pelo senso comum como correspondência à realidade, seria alcançada pela completa supressão e superação da mera opinião, e de qualquer traço da subjetividade de quem produz o conhecimento. A neutralidade indicaria, nesse modo de pensar, a afirmação de que tal conhecimento não fora influenciado por qualquer posição anterior.

Contra esse senso comum já se formularam numerosas críticas que permitiram configurar a ciência como uma prática social fundamentada muito mais em um conjunto de crenças e valores partilhados por certo grupo de pessoas (os membros de uma comunidade científica) do que na eventual capacidade de seus métodos de desvendar a realidade tal como ela é, ou seus determinantes últimos. Tal redescrição da ciência e de suas práticas, contudo, não anula suas especificidades como forma social de produção do conhecimento, nem nega sua utilidade. Mas significa recusar que o conhecimento científico tenha em si a capacidade de definir quais seriam as melhores escolhas, ou quais seriam os melhores caminhos para a construção de um mundo melhor.

A construção de um conhecimento crítico envolve o abandono da idéia de objetividade como correspondência à realidade, para reconceituá-la como um ideal a ser buscado nas práticas acadêmicas. Ela passa a ser incluída entre as crenças e

valores que orientam esta forma de construção do conhecimento acadêmico ou científico. Este é, por exemplo, o caminho proposto por Boaventura Santos, quando ele afirma que a objetividade

> decorre da aplicação rigorosa e honesta dos métodos de investigação que nos permitem fazer análises que não se reduzem à reprodução antecipada das preferências ideológicas daqueles que a levam a cabo. A objectividade decorre ainda da aplicação sistemática de métodos que permitem identificar os pressupostos, os preconceitos, os valores e os interesses que subjazem à investigação científica supostamente desprovida deles (...) É esta objectividade que permite dar conta adequadamente das diferentes e até contraditórias perspectivas e posições etc. que se defrontam quanto ao tema em análise. (Santos, 2001: 31)

Note-se que, nesse sentido, a objetividade não mais guarda qualquer relação com algo que chamemos de realidade, mas com a postura de quem leva a cabo o esforço de investigação. É, pois, um ideal a ser buscado. Por sua vez, a busca da objetividade não implica mais a neutralidade, mas sim a explicitação dos posicionamentos valorativos em nossa construção de conhecimento. Longe de se aproximar da neutralidade, o ideal da objetividade assim concebido se abre para o conhecimento científico comprometido com certos valores e com certos posicionamentos ético-políticos. Ou seja, a distinção entre objetividade e neutralidade permite que lutemos por um conhecimento acadêmico comprometido com a perspectiva de transformação daquilo que hoje suscita nossa indignação. Para tal, como diz Boaventura Santos, "a atitude do cientista social crítico deve ser a que se orienta para maximizar a objectividade e para minimizar a neutralidade" (Santos, 2001: 32).

A segunda conseqüência teórica diz respeito ao modo como compreendemos as possíveis relações entre nossas perspectivas de ação e as propriedades estruturais que, pelo menos em algumas perspectivas, constrangem e limitam as possibilidades de ação. Durante algum tempo, as ciências sociais atravessaram um denso debate que de certa maneira colocava em confronto estruturalistas e agencialistas. Os primeiros se ocupavam de identificar as estruturas sociais, ou os princípios que estruturam as relações sociais, reconhecendo os limites postos por essas estruturas às possibilidades de ação humana. Os outros, de algum modo davam ênfase à agência humana, e sua possibilidade de transformar (ou construir) o mundo.

Algumas vezes esse debate se relacionou a dicotomia entre o macro e o micro. De um lado, alguns cientistas sociais afirmavam que os fenômenos sociais aconteciam em macrossituações sociais, devendo por isso ser nelas estudados. De outro, cientistas que partiam da premissa de que todos os fenômenos sociais emergem a

partir de microssituações sociais, devendo ser examinados nesse nível. Algumas vezes, os defensores de uma abordagem macrossocial defendiam também posições estruturalistas, enquanto que analistas de microssituações tendiam a se posicionar na perspectiva agencialista.

Creio que, para uma reflexão crítica, essas dicotomias precisam ser superadas. Tomada em sua forma mais pura, a posição estruturalista apresenta alguns riscos. O primeiro é a resignação: julgando conhecer as estruturas que efetivamente constrangem as possibilidades da ação humana, corre-se o risco de aceitar que não há alternativas ao que é criticável na realidade. A conseqüência disso é, no limite, a impossibilidade do pensamento crítico. O segundo risco é o que chamo de fixação das estratégias de ação: convicto de que conhece os reais determinantes últimos dos fenômenos sociais, um grupo elabora sua estratégia para transformar o mundo, desqualificando antecipadamente qualquer outro fenômeno que eventualmente se originem de interpretações sobre as estruturas sociais. A conseqüência direta dessa postura, no limite, é uma forma de retórica da intransigência que se recusa a argumentar com quem não partilhe das mesmas premissas teórico-conceituais. De maneira arrogante, os defensores de tais posições podem, por fim, estabelecer que apenas suas estratégias devem ser postas em movimento, não percebendo eventuais convergências com outras formas de luta travadas alhures. O terceiro risco é uma forma de desresponsabilização: tendo identificado determinados obstáculos estruturais à transformação da realidade, e sem conseguir vislumbrar quaisquer perspectivas de que sua atuação venha a influenciar a superação dos obstáculos estruturais, constrói-se uma crença em uma espera passiva por tais transformações.

Esta postura se expressa em assertivas que delineiam as transformações sem as quais as mudanças seriam impossíveis, como, por exemplo, afirmar que sem uma profunda mudança na racionalidade médica, as perspectivas de efetiva transformação são nulas. Nessa crença, os sujeitos se sentem desobrigados a examinar suas ações cotidianas diante dos compromissos ético-políticos que defendem para as mudanças estruturais, correndo o risco de, no seu cotidiano, defender práticas que eventualmente reforçam aqueles obstáculos estruturais que sonham ver removidos.

Com relação a posição agencialista, que enfatiza as microssituações, corre-se o risco de uma postura voluntarista, ignorando os constrangimentos que a estrutura conforma. Outro risco dessa abordagem é, no limite, o de uma incapacidade de estabelecer quaisquer relações entre formas distintas de luta que se desencadeiam em espaços-tempo distintos, produzindo uma fragmentação.

Impõe-se, pois, a superação da dicotomia entre estrutura e ação. De fato, alguns autores têm oferecido significativas contribuições nesse sentido. Limito-me aqui a mencionar: alguns elementos da teoria da estruturação de Anthony Giddens e outros da formulação de Boaventura Santos.

Giddens, em sua teoria da estruturação, fala em dualidade da estrutura:

> A constituição de agentes e estruturas não são dois conjuntos de fenômenos dados independentemente – um dualismo –, mas representam uma dualidade. De acordo com a noção de dualidade da estrutura, as propriedades estruturais dos sistemas sociais são, ao mesmo tempo, meio e fim das práticas que elas recursivamente organizam. A estrutura não é 'externa' aos indivíduos: enquanto traços mnemônicos e exemplificada em práticas sociais , é, num certo sentido, mais 'interna' do que externa às suas atividades, num sentido durkheimiano. Estrutura não deve ser equiparada a restrição, a coerção, mas é sempre, simultaneamente, restritiva e facilitadora. (Giddens, 2003: 30)

As idéias de Giddens destacam que a reprodução (e a modificação) das propriedades estruturais se faz na medida em que elas se aplicam nas práticas sociais. Assim, do mesmo modo como a estrutura de uma linguagem se reproduz e se modifica a cada uso, é por meio da ação dos agentes humanos que se estruturam os sistemas sociais e as instituições. O que não quer dizer que esses agentes tenham a capacidade de intencionalmente orientar as propriedades estruturais em um sentido específico. As ações humanas, segundo Giddens, produziriam grande número de conseqüências impremeditadas, que exerceriam importante papel na reprodução das propriedades estruturais. No entanto, examinar essas conseqüências das nossas ações é uma das formas de ampliar nossa capacidade, necessariamente limitada, de disparar processos que tenham a intenção de suscitar transformações nos princípios estruturais.

Para ilustrar essas idéias de Giddens, tomo uma interpretação corrente no debate sobre o modelo assistencial: com freqüência se afirma que o arranjo da racionalidade médica, com sua ênfase na lesão que caracteriza a doença, produz inexoravelmente (como se fosse uma propriedade estrutural) o reducionismo do sujeito à sua lesão. Mas se olharmos esse argumento instrumentalizado pela noção de dualidade da estrutura, diríamos que a racionalidade médica não existe senão por meio dos exemplos de sua aplicação e nos traços por ela deixados na memória dos profissionais que a aplicam. Por outro lado, esta racionalidade se reproduz (e se modifica) cotidianamente a cada uso que dela se faz em situações concretas. Do mesmo modo, a redução do sujeito a sua lesão pode ser reproduzida no cotidiano.

Por exemplo, é possível que cada vez que um professor, interessado em identificar no hospital os pacientes que apresentem, em certo momento, um aumento daquele órgão, para que sirvam ao aprendizado de seus alunos sobre as técnicas de palpação do fígado, entra em uma enfermaria e pergunta "tem um fígado bom aqui?", ele pode atuar de modo decisivo para a reprodução dos princípios que regem a redução dos sujeitos a objetos.

É claro que esse exemplo evoca uma importante relação de poder entre professor, alunos e pacientes internados na instituição que se presta a servir de local para as práticas de ensino. Alguém poderia ver nisso uma forma inexorável de exploração e manipulação dos corpos em benefício dos futuros médicos, por exemplo. Contudo, isto não é necessariamente assim. Giddens destaca, falando do poder, que

> Não devemos conceber as estruturas de dominação firmadas em instituições sociais como se de alguma forma produzissem laboriosamente 'corpos dóceis' que se comportam como os autônomos sugeridos pela ciência social objetivista. O poder em sistemas sociais que desfrutam de certa continuidade no tempo e no espaço pressupõe relações regularizadas de autonomia e dependência entre atores ou coletividades em contexto de interação social. Mas todas as formas de dependência oferecem alguns recursos por meio dos quais aqueles que são subordinados podem influenciar as atividades de seus superiores. (Giddens, 2003: 18-29)

Em certo sentido, é exatamente no exame dessas estratégias dos subordinados, que Giddens denomina de 'dialética do controle', que podemos encontrar elementos para pensar estratégias de mudança.

Penso que uma importante contribuição de Giddens diz respeito à abertura que sua teoria da estruturação dá para uma forma de exame das alternativas que dispomos para lutar dia a dia valendo-se de condições subalternas por processos de mudança que nos parecem significativos. Creio, também, que ele nos convida a compreender os limites da nossa capacidade de intencionalmente conduzir um processo de mudança. Não dispomos, como agentes humanos, da possibilidade de condução racional da vida social, embora possamos lutar por certas transformações. Mas a nossa luta sempre se fará com base em um entendimento teórico bastante restrito de nossas próprias ações. Daí a importância de um esforço sistemático de exame das possíveis conseqüências impremeditadas de nossas ações.

Boaventura Santos apresenta outra opção para a superação da dicotomia entre estrutura e ação, que também é de interesse para o presente trabalho. Conceituando 'poder' como "qualquer relação social regulada por uma troca desigual" (Santos,

2001: 266), esse autor reconhecerá que existem diversas formas de poder que atuam em constelações, ou seja, sempre combinados entre si.

Santos propõe que

> a interacção social nas sociedades capitalistas desenvolve-se à volta de seis modos de produção de prática social: os seis espaços estruturais. Ao nível mais abstracto, um modo de produção de prática social é um conjunto de relações sociais cujas contradições internas lhe conferem uma dinâmica endógena específica. (Santos, 2001: 277)

Se cada modo de produção de práticas tem uma dinâmica interna que lhe é própria, por outro lado, os espaços se relacionam entre si de maneiras específicas, de modo que os poderes não se exercem isoladamente, mas em constelações, ou seja, em conjuntos articulados. Diz o autor que as constelações de poderes "tanto fixam fronteiras como abrem novos caminhos. Enquanto fixadoras de fronteiras, são inibidoras, e, enquanto indutoras de novos caminhos, são permissoras" (Santos, 2001: 268).

Na perspectiva do autor,

> o que faz uma relação social, um exercício de poder é o grau com que são desigualmente tratados os interesses das partes na relação ou, em termos mais simples, o grau com que A afecta B de uma maneira contrária aos interesses de B. (Santos, 2001: 269)

Mas ele não se contenta em descodificar as relações de poder; mas considera central para a teoria crítica o esforço de pensar a idéia de emancipação relativa às relações deste.

> A emancipação é tão relacional como o poder contra o qual se insurge. Não há emancipação em si, mas antes relações emancipatórias, relações que criam um número cada vez maior de relações cada vez mais iguais. As relações emancipatórias desenvolvem-se, portanto, no interior das relações de poder, não como resultado automático de uma qualquer contradição essencial, mas como resultados criados e criativos de contradições criadas e criativas. Só através do exercício cumulativo das permissões ou capacitações tornadas possíveis pelas relações de poder (o modo de abertura-de-novos-caminhos) se torna viável deslocar as restrições e alterar as distribuições, ou seja, transformar as capacidades que reproduzem o poder em capacidades que o destoem. (Santos, 2001: 269)

Creio que esse ferramental teórico proposto por Boaventura Santos pode nos ser útil na medida em que nos permite uma reflexão crítica em situações concretas que, para além do reconhecimento das contradições dadas, isto é, existentes, reconhece possibilidades de criar de modo criativo contradições potencialmente

existentes naquela situação. Com esse ferramental em mente que examinarei algumas características que aparentemente configuram o trabalho e a formação em saúde, buscando caracterizar as relações de poder nelas existentes e as possibilidades de criarmos relações emancipatórias com base nessas relações de poder.

Selecionei para este exercício de reflexão crítica três características que, em um pensamento estruturalista que pretendo contribuir para superar, poderiam ser designadas como estruturais: a medicalização da sociedade (ou melhor, a normatividade da vida pela ação dos profissionais da saúde); a racionalidade médica (aqui entendida não como a racionalidade dos médicos, mas como a racionalidade de um saber que parece conformar tanto o trabalho como a formação dos profissionais da saúde); e os processos de acumulação do capital no setor Saúde.

Advirto que, ao assumir essa abordagem, sou levado a privilegiar a medicina, não propriamente por uma escolha, mas sim pela constatação de que, embora os três eixos escolhidos atravessem todas as formas de trabalho contemporâneo em saúde, eles se desenvolveram primordialmente no que diz respeito à medicina. A idéia não é falar apenas desta área de atuação, mas tomá-la como metáfora de questões análogas que envolvem outras atuações profissionais.

A escolha desses três eixos guarda certa relação com algumas teses políticas presentes no senso comum dos que hoje lutam por transformações no sistema de saúde. Ainda que de modo simplista, essas teses são centrais à crítica do que por vezes é chamado de 'modelo assistencial hegemônico': centrado no hospital e na doença, privatista (o que faz da saúde uma mercadoria com visando ao lucro), com profissionais advindos de uma formação que privilegia a ciência tal como é exercida no laboratório ou no hospital, e voltada para a especialização em sistemas ou partes do corpo humano.

Antes, porém, de iniciar o exame desses eixos, julgo ser importante explicitar de modo mais direto os valores que dão sentido a esta reflexão, valores que vêm sendo defendidos por um segmento bastante expressivo da sociedade brasileira (o que confere um caráter radicalmente etnocêntrico ao mesmo).

Sobre Alguns Valores que Penso Merecem Ser Defendidos

Em primeiro lugar, cabe explicitar um posicionamento valorativo mais geral, e mais fundamental: o que considera a vida como valor em si, que merece ser incondicionalmente defendida. Esta posição já estava enunciada, na forma poética, na epígrafe deste trabalho. Retirada do final do conhecido poema de João Cabral de Melo

Neto, "Morte e Vida Severina", o trecho destacado apresenta a resposta final de um morador de um mocambo de Recife (João, mestre carpina), cujo filho tinha acabado de nascer, em seu diálogo com o retirante (Severino). Este último, diante do rio concreto a sua frente, e diante do mar de misérias que testemunhava, indagava ao mestre carpina (e se indagava) se não seria melhor pular fora da ponte e da vida. O mestre reconhecia a amplitude do mar de miséria, mas julgava que para cruzar esse mar valia todo esforço. Mais do que isso, ele achava que o combate a este mar deveria se fazer sempre, de qualquer maneira, porque de outro modo se alargaria e destruiria a terra inteira. Mesmo com toda a sua sabedoria o mestre não parecia conseguir dar resposta ao retirante. Foi quando o diálogo foi interrompido pela notícia do nascimento do filho do mestre, para ser retomado pouco depois pela resposta destacada na epígrafe.[1]

Nela o poeta expressa aquilo que em linguagem mais acadêmica poderia ser designada como o 'caráter autopoiético da vida': a capacidade da vida de se desfiar tecendo-se, de teimosamente se produzir, de se brotar. A vida, em sua capacidade autopoiética, é um valor em si, um valor pelo qual vale a pena lutar.

Georges Canguilhem, em seu clássico *O Normal e o Patológico*, afirmava que a vida é normativa, visto que ela mesma estabelece os limites entre os quais sua continuidade é possível. Daí conceber o patológico como um modo de andar a vida diferente do modo de andar a vida que caracteriza o normal: o modo patológico seria um estreitamento dos limites nos quais a vida é possível. Tomando-o por base, podemos conceber que a atuação dos profissionais da saúde deveria se pautar pelo esforço de alargar os limites nos quais a vida é possível, removendo ou resistindo a tais estreitamentos, ou, se tal não for possível, a regular a vida no esforço de mantê-la dentro desses limites patologicamente estreitados. E isso independentemente de os estreitamentos da vida terem sido produzidos pela miséria socialmente construída (uma vida severina que apequena a explosão da vida) ou de ser produzida de modo independente da miséria. Seria esse o sentido ético-político mais fundamental que deveria orientar o trabalho e a formação em saúde.

---

1 Reproduzo os trechos do poema que servem de base para a leitura aqui apresentada:

– Severino, retirante, o meu amigo é bem moço sei que a miséria é mar largo, não é como qualquer poço mas sei que para cruzá-la vale bem qualquer esforço. (...)

– Severino, retirante, o mar de nossa conversa precisa ser combatido, sempre, de qualquer maneira, porque senão ele alarga e devasta a terra inteira. (...)

– Seu José, mestre carpina, que diferença faria se em vez de continuar tomasse a melhor saída a de saltar, numa noite, fora da ponte e da vida?

Por partilhar essa perspectiva, opto aqui por iniciar as reflexões propriamente ditas sobre o trabalho em saúde não por um exame da ontologia do trabalho, mas pelo conceito mais amplo de cuidado. De fato, inscrevo o trabalho em saúde no campo mais amplo das práticas sociais de cuidado.

Uso aqui a noção de 'práticas de cuidado' para designar o conjunto de práticas sociais que se constituem como esforços (ou tentativas) de assegurar a continuidade da vida, quer da vida de indivíduos, quer da vida de um grupo social, quer da vida da espécie.[2] Nesse sentido, cuidar é algo inerente à vida humana. Trata-se, portanto, de uma noção bastante ampliada.

Privilegiar a noção de cuidado sobre a noção de trabalho, a meu ver, abre a possibilidade de examinar as constelações de poder que as atravessam, bem como as lutas que se travam no interior das relações de poder visando a estabelecer algum grau de emancipação. Para ilustrar essa possibilidade, analisemos, por exemplo, uma típica prática de cuidado: o aleitamento materno.

Embora amamentar os filhos seja um traço característico da espécie humana (e dos mamíferos em geral), o aleitamento materno não é um acontecimento natural, mas se configura como uma prática social estruturada de modo bastante complexo. Uma primeira observação é que o conhecimento do médico, assim como o de outros profissionais da saúde, hoje recomenda a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, e que o aleitamento materno complementado por outros alimentos deve continuar até bem mais tarde. Interessante observação, pois ela já reflete uma característica recente da atuação dos profissionais da saúde, que estão postos em um lugar de onde estabelecem recomendações sobre como as mulheres devem cuidar de seus filhos. Basta isso para já pôr em evidência a radicalidade da medicalização da vida em curso.

O aleitamento materno é uma prática de cuidado que transcorre no espaço doméstico, sendo obviamente feminina. Contudo, a forma mais simples (e considerada desejável, salvo em algumas situações específicas) é que a mãe deve estar junto à criança ao longo do dia e da noite. Isto não é propriamente um problema na nossa sociedade se a mulher não precisa trabalhar para viver, ou seja, se ela vive com os frutos do trabalho de seu companheiro, ou de outros familiares. Mas se a mulher

2 Tomo essa noção de cuidado de empréstimo de Marie-Françoise Collière (1999). Contudo, não me ocupo aqui de fazer a história das práticas de cuidado ao longo do tempo, ou mesmo de pôr em exame o trajeto de tais práticas feito por aquela autora. Tampouco me disponho a reduzir essa noção de cuidado às práticas dessa ou daquela categoria profissional.

precisa trabalhar fora para viver, a possibilidade do aleitamento materno pode encontrar as barreiras postas por outros espaços que não o doméstico, como o espaço no qual se dá a produção (a fábrica, por exemplo).

O reconhecimento da importância do aleitamento materno (ao lado da importância de outras práticas de cuidado da mãe para com o recém-nascido) levounos a uma forma de regulamentação, pelo Estado, que assegura o afastamento remunerado da mulher por um período de tempo próximo ao nascimento de seu filho ou filha. Vencido esse período, as possibilidades do aleitamento se estreitam. Se a mãe trabalha formalmente em uma empresa com certo número de empregados, existem dispositivos legais que tornam obrigatória a existência de espaços de cuidados para a criança junto ao ambiente de trabalho da mãe, bem como em mudança de seu processo de trabalho de modo a se tornar compatível com o aleitamento. Mas se a mãe trabalha em algumas instituições públicas, ela pode ter o direito de prolongar a licença-maternidade até que a criança complete os seis meses, desde que ela continue o aleitamento materno. Embora vista como uma conquista dessas mães trabalhadoras, essa prorrogação se faz muitas vezes condicionada ao aval de um médico perito, que, em situações limites, faz questão de testemunhar o aleitamento antes de autorizar a prorrogação.

A construção desses dispositivos – a licença-maternidade, a licença de amamentação, ou a existência de creches nos locais de trabalho – resultaram de lutas dos trabalhadores, ou melhor, das trabalhadoras, explorando as tensões e contradições com seus patrões (ou patroas). Ou seja, são o produto de uma luta contra a exploração que constrange as práticas de cuidado. Mas as soluções dadas se fizeram com a intermediação do Estado, por meio de dispositivos previdenciários. Portanto, há que se lembrar que muitas mulheres brasileiras, que necessitam trabalhar para viver mas que não estão incluídas nos arranjos previdenciários, tenham constrangimentos absolutamente concretos e, no limite, intransponíveis para o aleitamento materno exclusivo recomendado pelos profissionais da saúde. Cabe advertir que, para essas mulheres, a recomendação enérgica, por exemplo, do aleitamento materno como prática de cuidado ideal, que demonstra o amor da mãe pelo filho e que é capaz de produzir muitos benefícios para a vida da criança, pode produzir como conseqüência não necessariamente premeditada um sentimento de culpa e/ou um sofrimento adicional dessa mulher, que se vê diante da impossibilidade de amamentar seu filho.

Voltando ao afastamento da mulher de seu filho, produzido pela necessidade do trabalho, é claro que a utilização de tecnologias relativamente simples pode

permitir a extração do leite materno e sua conservação adequada para que outra pessoa que não a mãe administre-o à criança durante o período de trabalho da mãe. Tais práticas dependem, contudo, de algumas informações e cuidados, sendo consenso que cabe aos profissionais da saúde orientar os procedimentos adequados, assim como a disponibilidade de outras pessoas para cuidar da criança. Por sua vez, a possibilidade de não adotar o aleitamento materno exige a disponibilidade de outras formas de alimentação compatíveis com a vida do recém-nato. Tal possibilidade guarda certa relação com o desenvolvimento e a disponibilização no mercado de formas de leite não humano passíveis de ser utilizadas pelos recém-nascidos.

Vemos aqui em ação um importante segmento da indústria alimentícia – a indústria de leites e de alimentos para a infância. Em tempo não muito distante, a atuação desse segmento da indústria, em seu esforço de expansão do mercado, cooptou profissionais da saúde e mobilizou grandes arsenais do que hoje chamamos de *marketing*, a fim de restringir a prática do aleitamento materno, a tal ponto que hoje essa prática precisa ser incentivada. Contudo, hoje, em muitos rótulos de leite em pó, assim como em alguns de produtos alimentícios destinados ao uso da criança pequena, aparecem advertências sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo. Na forma vigente entre nós, por exemplo, no caso dos leites desenvolvidos especialmente para uso nos menores de seis meses, no rótulo consta a recomendação de que o produto só deve ser utilizado se prescrito por médico ou por nutricionista.

Tais advertências foram estabelecidas também por mediações do Estado, por intermédio de regulamentos específicos e representam a conquista (mesmo que parcial e restrita) decorrente de outra luta contra aquelas estratégias mercadológicas da indústria alimentícia, que subordinavam as práticas de cuidado aos interesses de mercado, descolando-se do valor maior da vida. Ao mesmo tempo, essa conquista reforça o lugar dos profissionais da saúde: só neles se deve confiar para se definir a necessidade de substituir o leite materno. E mais ainda: a advertência reflete a luta particular dos nutricionistas por se colocarem no mesmo patamar dos médicos no que diz respeito a essa recomendação.

Já se disse que hoje em dia o aleitamento materno é considerado por muitos profissionais da saúde de grande importância. Contudo, o próprio arranjo das práticas de saúde nas instituições médicas (como os hospitais) muitas vezes continua sendo um importante limitador do aleitamento materno. De um lado, práticas tradicionais que reservavam para qualquer recém-nascido um espaço no hospital

(o berçário) distinto do reservado às mães no puerpério (o quarto ou a enfermaria), práticas predominantes que até há pouco criavam dificuldades para se instaurar o aleitamento materno. As práticas de administração oral de glicose ao recém-nato, bem como a indicação de leite não humano por parte de profissionais da saúde, mesmo diante de mulheres que desejavam e teriam condições de amamentar seus filhos ou filhas, também operavam a fim de estabelecer fronteiras ao aleitamento materno. Fronteiras, aliás, coerentes com os interesses das indústrias alimentícias.

Diante disso, surgiu outra luta, travada no âmbito das instituições médicas, objetivando a transformação das práticas: a criação do alojamento conjunto (mãe-bebê), a discussão com as mulheres no pré-natal sobre as vantagens do aleitamento materno, as orientações sobre o preparo da mama para o aleitamento também no pré-natal, as orientações sobre a técnica do aleitamento (com atenção especial para a embocadura), a introdução do tema nos cursos dos profissionais da saúde, bem como iniciativas da gestão (como o hospital amigo da criança).

Por sua vez, em algumas situações específicas, há contra-indicações médicas a que uma mulher dê seu leite ao filho ou filha. Trata-se de um estreitamento produzido em geral por certas patologias. Embora existam no mercado produtos adequados à alimentação dos bebês dessas mães, ainda assim surgiram esforços para possibilitar o aleitamento materno a essas crianças; esforços que incentivam a solidariedade de outras mães: as tecnologias de formação dos bancos de leite humano.

O exemplo da prática do aleitamento materno serve para mostrar uma prática social estruturada. Ela é produzida e reproduzida em relações sociais. Chamo a atenção para as profundas interconexões entre planos ou espaços distintos nos quais se dão essas relações sociais e que, em seu conjunto, terminam por configurar certa prática social. Mesmo uma breve análise da prática do aleitamento materno (como a esboçada antes) permite apreender a 'estrutura em ação'.

O aleitamento materno, em sua configuração atual, é uma prática de cuidado não profissional. Mas é uma prática que atualmente depende de uma gama de atuações e posicionamentos dos profissionais da saúde, a fim de incentivá-la, senão de ensiná-la. Mas que depende de um amplo conjunto de relações de poder e de relações de emancipação, que seguem em disputa.

Portanto, as práticas do cuidado, tal como as concebo aqui, não são necessariamente práticas profissionais, mas as práticas dos que hoje chamamos de 'profissionais da saúde' se inscrevem entre as práticas de cuidados. O que talvez seja uma das características de nossa sociedade é que nela um significativo conjunto de

práticas de cuidado é desenvolvido por profissionais, constituindo formas de trabalho em saúde. Outro traço marcante é que, mesmo as práticas de cuidados que continuam sendo feitas por não-profissionais são em grande medida organizadas ou pautadas pelos profissionais da saúde. Ou seja, além de exercerem um conjunto significativo das práticas de saúde, os profissionais influenciam direta ou indiretamente muitas outras. E tais práticas se fazem predominantemente sob a égide de uma racionalidade médica com características específicas, e da atuação de corporações de profissionais que lutam continuamente por estabelecer, nas instituições de saúde, certa ordem (que diríamos ser uma ordem médica).

Uma última característica marcante é que tais práticas dos profissionais da saúde, na nossa sociedade capitalista, se fazem muito marcadas pela atuação de um complexo industrial em escala global, que faz dessas práticas de cuidado o lugar de consumo de mercadorias, quando não elas mesmas se tornam mercadorias. São esses os eixos que devemos tomar para analisar as possibilidades de transformar o trabalho em saúde em produtor de um cuidado centrado na defesa da vida e na construção de relações cada vez mais iguais.

A Medicalização e a Construção de uma Ordem Médica na Vida Social

O termo 'medicalização' tem hoje seu uso corrente muitas vezes associado à idéia de um uso exagerado de medicamentos. Aparentemente, esse significado é óbvio, quer pela proximidade dos radicais das duas palavras (medicamento e medicalização), quer pela fácil constatação da importância dos medicamentos nas práticas de cuidado correntes. Contudo, utilizo aqui o termo medicalização em um sentido completamente dissociado do padrão de uso de medicamentos: quero com ele designar um processo mais longo de invasão da vida social pela medicina, ou melhor, pelo saber médico. Processo intimamente ligado à construção do lugar social da atuação dos profissionais da saúde, a começar pelo médico, e a partir do qual esses profissionais se engajam na construção de uma ordem social médica.

Esse processo é anterior ao padrão de uso atual dos medicamentos, e continua vigente. O estranhamento que porventura podemos sentir com o uso do termo medicalização dissociado do uso de medicamentos é em si um signo de embotamento da nossa capacidade de refletir criticamente sobre as relações de poder e de emancipação que subjazem às práticas de cuidados. Exatamente por isso, tomo como ponto de partida a advertência feita por Roberto Machado e colaboradores (1978):

> Tornou-se um hábito situar como fundamental a oposição entre cura e prevenção, entre uma medicina individual e uma medicina social. Uma representando o lado arcaico, tradicional da assistência médica até hoje dominante; a outra, a nova racionalidade emergente, produto da lucidez médica que assume o seu compromisso com o povo, que até hoje não tem podido se efetivar e permanece dominada. Oposição, portanto, entre indivíduo e sociedade, que não funciona, é claro, em termos absolutos ou exclusivos na medida em que a atenção médica em termos clínicos, individuais, não pode ser abolida. Mas que expressa uma subordinação, um comando, uma prioridade. É importante, porém, não se deixar enganar. O que hoje é reivindicado como exigência da modernidade, de progresso, de radicalidade pode na verdade representar unicamente a atualização de um velho projeto elaborado no passado e constitutivo da configuração de poder contra a qual justamente se pretende lutar. (Machado et al., 1978: 153)

Entendamos bem a advertência: no final da década de 1970, quando se iniciavam as articulações que deram origem ao chamado 'movimento da Reforma Sanitária', difundiu-se (pelo menos entre os que se dispunham a lutar contra a situação da medicina em um país capitalista como o nosso) a idéia de resgatar a medicina social como uma proposta alternativa em defesa da saúde da população. Tratava-se de enfatizar as ações preventivas, criticar a centralidade da noção de doença e a ineficácia das ações da medicina individual e assistencial, construídas sob bases capitalistas. Machado e colaboradores, contudo, realizando uma investigação histórica sobre as relações entre a medicina e a estrutura social, identificaram, no início do século XIX, no Brasil, a emergência de uma medicina mais preocupada em prevenir do que em remediar, que se voltava mais para a saúde (que tinha na noção de salubridade um de seus conceitos centrais) e que ademais compreendia as relações entre a vida social e a saúde. Contudo, essa medicina social do início do século produziu um radical processo de medicalização da sociedade. Como afirmam os autores,

> O que se tem chamado de medicalização da sociedade – processo que na atualidade cada vez mais se intensifica – é o reconhecimento de que a partir do século XIX a medicina em tudo intervém e começa a não mais ter fronteiras; é a compreensão de que o perigo urbano não pode ser destruído unicamente pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos, mas exige a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos; é a descoberta de que, com o objetivo de realizar uma sociedade sadia, a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante – sejam quais forem as especificidades que ele apresente – em um ser normalizado; é a certeza de que a medicina

> não pode desempenhar esta função política sem instituir a figura normalizada do médico, através sobretudo da criação de faculdades, e produzir a personagem desviante do charlatão para qual exigirá a repressão do Estado. As técnicas de normalização – que instituem e impõem exigências da ordem social como critérios de normalidade, considerando anormal toda a realidade hostil ou diferente – aonde foram refletidas e aplicadas pela primeira vez no Brasil senão na medicina do século XIX que se autodefiniu como uma medicina política? Medicina que medicalizou a sociedade mesmo que até hoje não tenha conseguido medicá-la. (Machado et al., 1978: 156)

Não é hora nem lugar de examinar em maiores detalhes esse processo de medicalização, que instituiu elementos ainda presentes no trabalho em saúde hoje. Mas talvez seja oportuno, para os propósitos deste trabalho, destacar alguns de seus traços.

Este processo envolveu a adoção, por parte dos médicos, de algumas estratégias de luta. Tratava-se, antes de mais nada, de estabelecer um quase monopólio do saber sobre as questões de saúde. A tarefa de auto-afirmar a competência exclusiva para lidar com os perigos à saúde envolveu um processo de normalização da formação profissional, criando escolas e definindo uma forma de corporação: somente os egressos dessas escolas estariam habilitados a se posicionar e a atuar nas questões da saúde. A corporação aqui nasce de um ato de auto-afirmação da autoridade cognitiva que a funda, e possui uma lógica que poderia ser resumida em uma frase: "só nós temos a autoridade de falar sobre a saúde, porque só nós sabemos, e sabemos porque só nós estudamos nas escolas que nós criamos".

Quaisquer outros que com argumentos ou ações questionassem esse monopólio deveriam ser enfrentados e desqualificados. Compreende-se assim a segunda estratégia posta em movimento pelos médicos daquela época: trata-se de combater e cobrar a ação repressora do Estado contra aqueles que de algum modo contestassem o monopólio do exercício do saber sobre a saúde. É nesse contexto que se inscreve a caça aos charlatões, bem como as primeiras lutas contra a homeopatia no Brasil. A primeira integra o esforço de desqualificar e de se diferenciar de um conjunto de sujeitos que, não sendo médicos, exerciam práticas de cuidado com promessas de sucesso. Mais do que examinar a falsidade dessa promessa de sucesso (uma das estratégias argumentativas dessa luta dos médicos contra a figura do charlatão), tal combate se fazia, sobretudo, na tentativa de negar quaisquer possibilidades de avaliar um sucesso prático, senão com base no saber médico devidamente controlado pela corporação. A luta contra os homeopatas assume caráter particular, pois nesse caso se fez contra um outro saber médico, que se organizava

na época como um conjunto de conhecimentos no mínimo tão consistentes quanto ao que servia de base à ação dos demais médicos.

Por fim, uma terceira estratégia médica adotada visando à afirmação do monopólio incluiu o esforço de posicionamento de médicos em espaços institucionais no campo político, considerados estratégicos para se apresentarem à sociedade (pelo menos a parte da sociedade que influía na política). Desde este lugar, procuravam os médicos atuar no intuito de chamar a si a responsabilidade de examinar e formular as melhores alternativas para as questões de saúde de nosso povo – passo-chave tanto para a visibilidade da medicina pela sociedade, como fundamental para a articulação dos interesses propriamente médicos com aquilo que poderia ser apresentado como se fosse o interesse do Estado. Em outros termos, tratava-se aqui da tentativa de apresentar os próprios interesses como se fossem de todos.

Em síntese, identificamos no século XIX um projeto ético-político da medicina que se apresentava por meio da adoção de uma estratégia centrada na auto-afirmação de certa autoridade cognitiva e na busca de uma legitimidade social para essa autoridade. Projeto que, temos que reconhecer, foi bem-sucedido, tanto no intuito de alcançar a sonhada legitimação, como no de oferecer um modelo de luta política para uma série de categorias profissionais da saúde. Modelo que ainda hoje interfere nas práticas de cuidado feitas pelos profissionais da saúde.

Voltando à medicalização da sociedade posta em movimento no século XIX entre nós, ressalto, também, a construção de normas sociais, que se apresentavam como derivadas do conhecimento médico. Tal construção se fez pelo uso de novas tecnologias de poder que, ao contrário da ênfase na punição que até então caracterizava as tentativas de controle da população da Colônia, procuravam instituir no interior dos próprios sujeitos os dispositivos que transformavam seu comportamento. O conhecimento que serviu de base para a produção dessas normas sociais foi a higiene. Esta atuou pelo enquadramento interno dos sujeitos, isto é, pela mobilização de sentimentos, como o medo (medo não da autoridade, mas da própria doença) e a culpa, produzindo um processo de subordinação dos sujeitos às normas.

Tendo por base a higiene, a medicina ampliou seu horizonte de atuação, alcançando todo o espaço urbano. Como afirma Jurandir Freire Costa (1979: 30),

> a medicina apossou-se do espaço urbano e imprimiu-lhe as marcas do seu poder. Matas, pântanos, rios, alimentos, esgotos, água, ar, cemitérios, quartéis, escolas, prostíbulos, fábricas, matadouros e casas foram alguns dos inúmeros elementos urbanos atraídos para a ordem médica. A higiene revelava a dimensão médica de quase todos estes fenômenos físicos, humanos e sociais, e construía para cada um deles uma tática específica de abordagem, domínio e transformação.

A ordenação do espaço urbano era tema importante para o Estado. Contudo, como em outros lugares,

> a higienização das cidades, estratégia do Estado moderno, esbarrava freqüentemente nos hábitos e condutas que repetiam a tradição familiar e levavam os sujeitos a não se subordinarem aos objetivos do Governo. A reconversão das famílias pela higiene tornou-se uma tarefa urgente dos médicos. (Costa, 1979: 30-31)

Portanto, como parte do esforço da medicina de então para se aproximar do que pareciam ser os interesses do Estado, a família passa a ser também um objeto da intervenção médica.

A higiene familiar, além de se inserir na estratégia de busca da legitimidade diante dos governantes, também se inscrevia no esforço de autodiferenciação da medicina diante de outras tantas práticas de cuidado. Deve-se lembrar que na época colonial, como bem lembra Costa (1979), a superioridade da medicina científica diante de outras práticas de cuidado não era evidente, de modo que a medicina científica não contava anteriormente com o reconhecimento social. Como afirma Costa (1979: 77).

> Nesse sentido uma das mais importantes conquistas do movimento higienista foi a imposição da figura do médico à família. Fazendo-se adotar por esta instituição, o médico combatia o desprestígio social de que era vítima e produzia uma nova fonte de benefícios econômicos. Pouco a pouco, como observou Gilberto Freyre, o confessor e o filho-padre foram sendo substituídos por essa figura carinhosa e firme, doce e tirânica, o médico da família.

Uma das conseqüências dessa atuação da higiene sobre a família, mas também sobre os indivíduos, foi a de colocá-la (e aos indivíduos) sob a contínua tutela médica. A premissa da superioridade do conhecimento médico supostamente científico diante das outras formas de conhecimento implica a desqualificação das pessoas para as práticas do cuidado. É exatamente em conseqüência da afirmação dessa incapacidade que se afirma a figura do médico. Além disso, Costa chama a atenção que "a norma familiar produzida pela ordem médica solicita de forma constante a presença das intervenções disciplinares por parte dos agentes da normalização" (Costa, 1979: 15). É como se os indivíduos não mais soubessem se cuidar, cuidar de sua família, cuidar de sua saúde e cuidar da saúde de sua família. O cuidado passou a ter que ser ensinado, acompanhado, vigiado.

Alguns críticos viram nesse processo uma forma de expropriação da saúde, na medida em que, uma vez constituída a ordem médica na vida social, os indivíduos

não parecem mais ser capazes do cuidado de si, passando a ter uma dependência do conhecimento dos profissionais. Se essa expressão mostra com clareza o resultado prático desse processo de normatização médica da vida social, no intuito de indicar o desaprendizado da arte de cuidar a que foram submetidas as pessoas, ela traz em si, entretanto, a idéia de uma perda absoluta. A violência desse processo de medicalização se expressa na necessidade que passam a sentir, de serem tuteladas no que diz respeito à sua saúde (e, portanto, a sua vida). Por exemplo, o amamentar deixa de ser algo sabido desde sempre para ser uma técnica a ser ensinada; a começar pelo ensino ministrado aos profissionais da saúde.

Em outros termos, diante do saber médico, são silenciados todos os demais conhecimentos sobre as práticas do cuidado. Contudo, nesse processo, a população vai, aos poucos, se apropriando desse novo saber. A forma dessa apropriação, contudo, não produz a emancipação – ou seja, não reduz a desigualdade instaurada entre o profissional que sabe e o não-profissional. Pelo contrário, essa apropriação do novo conhecimento se faz de modo a reproduzir e ampliar esta desigualdade, estabelecendo uma relação de dependência permanente, de tutela, de vigilância contínua. Por isso prefiro falar simplesmente em colonização por um saber médico.

Este foi o percurso do projeto político-científico da higiene médica: um percurso de colonização da família e dos indivíduos. Percurso que, entretanto, é refeito, ainda hoje, embora com outras bases de conhecimento. Em outros termos, do mesmo modo como as estratégias de luta corporativa centrada na autoridade cognitiva continuam a ser adotadas na atualidade, este percurso político-científico continua sendo percorrido hoje. Costa, refazendo a seu modo (e falando especificamente da tutela profissional da família) a advertência de Machado sobre o risco de fortalecermos com nossas práticas de cuidado a constituição de poder contra a qual desejávamos lutar, afirma que os especialistas encarregados de reeducar terapeuticamente a família não se dão conta de que a terapêutica educativa que praticam tem conseqüências imprevistas (Giddens diria impremeditadas), que terminam por reforçar aquilo a que supostamente visam a superar.

> Presos à ideologia do 'cientificismo', acreditam na isenção política de suas práticas profissionais. Por esta razão, jamais procuram rever as matrizes sociais da ciência que orienta os postulados teóricos e técnicos destas práticas. Pelo contrário, permanecem atados ao 'cientificismo'. Redobram as medidas de controle terapêutico. (...) Pedem, prescrevem e exigem mais exercícios físicos, mais educação sexual, mais ginásticas mentais e mais esforços intelectuais. Não vêem, ou fingem não ver, que, como atesta a evolução higiênica da família, todas estas injunções revertem, inevitavelmente, em maior disciplina, maior vigilância e maior repressão. (Costa, 1979: 16)

Caracterizamos o processo de medicalização da vida social com base na sua primeira manifestação em nossa história: o projeto higienista. Projeto que não estava centrado na doença tal como entendemos hoje, nem no consumo de insumos para as práticas de cuidado. Pelo contrário, moveu-o uma preocupação com a salubridade, com a prevenção. Projeto que se prestou aos serviço interesses da burguesia, e que ativamente buscou uma convergência com o que parecia ser o interesse do Estado. Mas que também defendeu os interesses dos médicos. Entretanto, o fizemos utilizando dois autores que nos alertam para as possibilidades de repetições e recorrências de estratégias e táticas, também produtoras da colonização das vidas.

Os alertas são de grande atualidade nesses tempos de ampla defesa da promoção da saúde (para além da simples prevenção), de tantos defensores da vigilância em saúde, de retomada das propostas de multiplicação de intervenções e da presença de profissionais da saúde nas comunidades, nas casas etc. Tempos em que o saudável aparenta ser a categoria norteadora do bem conduzir a vida. Diante destes elementos, os alertas nos convidam a examinar com mais cautela nossas práticas profissionais de cuidado em saúde, no intuito de criar ativamente alternativas não colonizadoras.

O desafio aqui não é romper com a medicalização. Somos medicalizados e defendemos a medicalização. Podemos perceber isso com clareza, quando comemoramos a redução dos (ainda assim) muitos óbitos de brasileiros sem assistência médica. Ao fazê-lo, reiteramos o sonho de que um dia todos os óbitos se façam sob o olhar médico. De modo análogo, desejamos que todas as mulheres grávidas tenham pelo menos sete consultas pré-natais, e sonhamos que seus filhos e filhas nasçam sob o olhar profissional. Sonhamos que o nascer e o morrer sejam acompanhados. Mas não queremos essa medicalização que reproduz a desigualdade. O que criticamos na medicalização é seu aspecto colonizador, que, em vez de ampliar os graus de escolha, impõe uma norma que visa a reproduzir crenças e valores bastante específicos subjacentes à ciência que a instaura (quando não são impostas normas que nada têm a ver com a ciência que supostamente as ampara).

Cabe-nos pensar alternativas a essa medicalização colonizadora. Penso que isso pode ser feito pelo esforço sistemático na formação e no cotidiano do trabalho, pela reflexão sobre as possíveis conseqüências impremeditadas das falas normativas que fazemos. Isso envolve o exercício cotidiano da reflexão crítica de nossas práticas, no esforço de reconhecer em nossas palavras a potência colonizadora sobre o outro. Isso implica abrir mão da idéia de que conhecemos a melhor forma

de conduta para as pessoas, para que possamos compartilhar, mais do que impor, nosso conhecimento, e possamos entrar em contato com o conhecimento do outro, de modo a substituir nosso ímpeto normativo pelo esforço de diálogo. Trata-se aqui de buscar o que José Ricardo de Carvalho Ayres (2001) chama de fusão de horizontes.

Tal passo envolve abandonar as estratégias que visam a mudar o comportamento do outro e substituí-las por estratégias ativas para resgatar as opções das pessoas, inclusive de adotar comportamentos e práticas de risco, por exemplo. Estratégias que ao mesmo tempo partilhem o conhecimento que nos faz diferentes. Em outros termos, há que se buscar substituir a desigualdade entre profissionais que sonham com uma ordem saudável e pessoas supostamente ignorantes, por diferenças entre profissionais que têm um meio de conhecer e um tipo de conhecimento, e pessoas que dispõem de outros meios de conhecer e outros conhecimentos, para construir juntos sucessos práticos que permitam prolongar a vida.

Uma Racionalidade e uma Epistemologia Centradas na Doença

Outro aspecto das críticas comumente feitas às práticas de cuidado exercidas pelos profissionais da saúde, sobretudo aos médicos, diz respeito à centralidade da doença. Para examinar essas posições críticas, devemos analisar as bases do conhecimento da medicina contemporânea. Outra vez recorremos aqui a uma abordagem histórica.

Preliminarmente, cabe retornar até a invenção do hospital como uma instituição médica. Podemos dizer que, na Idade Média, o hospital, embora fosse um lugar de práticas de cuidado, não era um lugar de prática para os médicos. Estes exerciam suas atividades individualmente, relacionando-se com as pessoas que demandavam seus cuidados. É nesse sentido que se pode dizer que a medicina na Idade Média era uma medicina centrada no indivíduo.

Em certo momento, inicia-se um processo de transformação dos hospitais, que corresponde grosso modo ao nascimento da clínica e à conseqüente reorganização das práticas e do saber médico. Em certo sentido, o hospital medicaliza-se. Médicos passam a freqüentar dia a dia os hospitais, que pouco a pouco passam a ser locais privilegiados das práticas médicas. Por sua vez, a medicina assume lugar central no arranjo do hospital. A medicina volta para ele todo o arsenal de técnicas de ordenamento do espaço e de dispositivos disciplinares, bem semelhantes aos que a medicina mais ou menos na mesma época aplicava sobre a cidade e as

pessoas. Definiram-se os lugares dos doentes, agora dispostos em leitos individuais, progressivamente classificados e reunidos em diferentes enfermarias (ou clínicas), de acordo com os tipos de problemas que apresentassem. O desenho arquitetônico permite o controle e a vigilância necessários à ordem dentro do hospital.

A esse novo arranjo correspondeu o desenvolvimento de uma prática contínua de observação médica de cada pessoa internada. Ao contrário da ação tópica da medicina da Idade Média, agora a evolução de cada doente era não apenas observada como registrada. Desta forma, tornou-se possível analisar comparativamente a evolução de diferentes pessoas. Mais do que isso, tornou-se possível classificar as pessoas de acordo com o mal aparente que apresentavam, e comparar sua evolução.

Duas conseqüências importantes derivaram desse novo arranjo. A primeira, a prática do ensino sofreu grande transformação: se antes ela era centrada nos estudos de grandes teorias e sistemas médicos, e conduzida em bases quase artesanais junto a um médico professor (o aluno acompanhava seu mestre nos seus atendimentos), agora se estuda à beira do leito. Os livros com as grandes teorias médicas, de natureza filosófica, foram substituídos pelos pacientes. O aprendizado passou a ser feito valendo-se da observação detalhada dos pacientes, da discussão de seus quadros clínicos e de sua evolução.

Isto propiciou o exame e a comparação de um grande volume de casos, bastante superior ao volume de casos que eram vistos na prática e no aprendizado da medicina na Idade Média. A observação sistemática e cuidadosa de grupos de pacientes foi um passo fundamental para a constituição da moderna racionalidade médica.

A segunda decorreu da associação entre a clínica (e a forma de sistematizar as observações sobre a evolução clínica de conjuntos de pacientes) e a anatomia patológica. De fato, a anatomia patológica ofereceu um novo critério para o agrupamento de pacientes: a semelhança na lesão anatomopatológica. Com base nessa articulação, a doença passa a ser definida tomando-se por base um tipo de lesão que a caracteriza. Lesão não necessariamente visível, mas, pelo contrário, com freqüência escondida na profundidade do corpo. Lesão que se manifesta de múltiplas formas, de modo que as experiências de sofrimento provocadas por certo tipo de lesão serão sempre muito diversificadas entre diferentes pacientes que a apresentam.

Definida uma doença a partir de sua lesão, foi possível reagrupar (ou reclassificar) os grupos de pacientes: se antes as classificações tomavam como base a semelhança dos sintomas ou dos sinais, agora se agrupam os pacientes com a

mesma lesão, ou seja, com mesma doença, e descreve-se o conjunto diversificado de suas manifestações clínicas.

Tomando o grupo de doentes, também se tornou possível analisar os processos fisiopatológicos que subjazem à doença em questão, bem como estudar os possíveis efeitos das diferentes propostas terapêuticas. Pode-se ainda buscar esclarecer as causas ou os riscos dessa doença. Enfim, torna-se possível acumular um amplo conjunto de informações e conhecimentos sobre aquela doença.

Portanto, a base sobre a qual se assenta o conhecimento sobre as doenças não é o indivíduo, mas sim grupos de indivíduos, reunidos em princípio de acordo com as características morfológicas da lesão que apresentam. É claro que mais adiante surgiram outros critérios que não a lesão, que passaram a ser utilizados em algumas circunstâncias para definir a doença, e, portanto, constituir os grupos que servem de base para a construção de conhecimento sobre ela. Hoje, ao lado das definições morfológicas (como é o caso das neoplasias), existem doenças definidas pelo agente etiológico, outras por características bioquímicas, outras ainda por parâmetros fisiológicos.

Quero destacar que, pelo fato de se situarem na profundidade, os critérios de definição da doença não são visíveis, e não são apreensíveis a partir da experiência dos sujeitos que adoecem. Estão, por assim dizer, excluídos do senso comum, a não ser que este senso comum resulte da difusão do conhecimento médico. Instaura-se, assim, uma dicotomia entre a experiência vivida do sofrimento e a possibilidade de conhecimento sobre a doença que porventura o produz. Só o saber médico pode de fato conhecer a doença.

Do ponto de vista da prática do cuidado, essa dicotomia se expressa em uma forma de raciocínio clínico: diante de uma experiência de sofrimento, alguém procura um médico. Este busca da conversação com o paciente, assim como de seu exame físico, extrair as pistas sobre a doença que eventualmente subjaz ao sofrimento manifesto. Fazer o diagnóstico é exatamente isso: identificar a doença que produz o sofrimento e, em conseqüência, possibilitar a aplicação do conhecimento existente sobre essa doença e traçar uma terapêutica visando à cura ou ao controle da doença.

Esta racionalidade anatomoclínica constituirá uma base sólida para conceber o âmbito da atuação propriamente médica: a medicina visa a oferecer resposta ao sofrimento humano que seja atribuível a uma doença. Falo por referência a uma expressão que Rosen utiliza para caracterizar um dos princípios da medicina social: "devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a

doença, e as medidas concernentes em tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas" (Rosen, 1980: 85). Como já vimos, no que diz respeito ao que poderia ser chamado de promoção da saúde, a medicina, por meio da higiene, expandiu sua fronteira, reivindicando e reconfigurando, graças a seu saber, tudo o que se colocava no espaço urbano. Penso que podemos dizer que, ao mesmo tempo que tornava o social seu objeto, a nova racionalidade médica constituía um novo objeto específico – a doença – e fincava sobre ele as bandeiras que lhe asseguravam o domínio absoluto desse novo território – nesse sentido, propriamente médico.

Na sua origem, não se tratava de duas dimensões opostas, como poderíamos ser levados a pensar tomando-se por base a dicotomia entre a saúde pública e a assistência médica que se instaurou no século passado, sobretudo valendo-se do desenho das políticas de saúde. A unicidade dessas duas faces da ação médica pode ser facilmente percebida na trajetória de vida de Virchow, que se dedicou tanto à medicina social (estudando epidemias e buscando encontrar as ações sociais que as contornassem) como à anatomia patológica e aos estudos das lesões.

Entretanto, com a consolidação dessa racionalidade que permitiu definir esse território propriamente médico, a higiene foi sendo por ela superada, sem que houvesse contudo um recuo nítido da abrangência do processo de medicalização da vida social por ela instituído. O advento da microbiologia permitirá substituir a base teórica da higiene pela compreensão da transmissão da doença, sem grandes alterações de muitas das normas da higiene. No entanto, significativa mudança acontecerá com o desenvolvimento dos estudos epidemiológicos sobre as doenças não transmissíveis: cunhando a noção de risco, foi possível identificar grande número de fatores de risco, que passaram a servir de base para as recomendações sobre os modos de viver. De qualquer forma, a base do conhecimento instaurada pela noção médica de doença vai-se tornando cada vez mais central na produção do conhecimento, principalmente sobre a prevenção e a promoção da saúde.

Por outro lado, o conhecimento acumulado sobre as doenças permitiu, em algumas delas, a identificação da lesão ou a detecção da presença da doença antes que ela provoque qualquer sofrimento. Amplia-se assim o alcance dessa medicina, que pode apresentar sua pretensão em antecipar-se ao sofrimento, eventualmente evitando-o. Os procedimentos de diagnóstico precoce radicalizam o contraste entre a experiência vivida pelas pessoas e a doença: a saúde deixa de ser o silêncio dos órgãos, pois se torna possível reconhecê-la exatamente nesse silêncio.

A produção do conhecimento sobre a doença, que, na racionalidade médica, pretende embasar as propostas de intervenção (tanto as propriamente médicas

como as sociais), tem como característica central o agrupamento de pessoas. Parece ser a partir desse agrupamento que se desvendam as questões para as diversas disciplinas que se debruçam sobre diversos aspectos e dimensões de uma doença, bem como sobre as propostas para seu tratamento. Exatamente por isso é que podemos dizer que a epidemiologia pode ser considerada, na sua configuração atual, uma das disciplinas mais fundamentais para a racionalidade médica centrada na doença. São os estudos epidemiológicos que dão o fundamento científico tão sonhado para a identificação dos fatores de risco, para a análise da capacidade de certos procedimentos destinados ao diagnóstico, e para avaliar a eficácia de propostas terapêuticas.

De qualquer forma, essa forma de conhecimento sobre as doenças parece estar em um plano bem distinto do plano das experiências concretas de adoecimento. Isto abre a possibilidade de que, no cotidiano das práticas de cuidado, o paciente seja reduzido à sua doença. Contudo, essa redução não é uma exigência da racionalidade médica, mas uma das suas formas de uso. Formas que podem ser influenciadas pelas estratégias dos profissionais (como as que auto-afirmam a autoridade cognitiva), bem como pelos outros fatores que constituem as práticas do cuidado.

Em outros termos, é possível pensar na aplicação dessa racionalidade e dos conhecimentos sobre as doenças numa perspectiva emancipatória. Para tal, um passo necessário é repensar essa racionalidade e sua base epistêmica em outro contexto que não o da peritagem heróica característica da ciência moderna. Trata-se de reconhecer que as doenças, tal como concebidas nessa racionalidade, efetivamente produzem ou podem produzir estreitamentos nos modos de andar a vida. E que as propostas de intervenção médicas podem alargar esses estreitamentos. Mas que, por outro lado, tal reconhecimento não implica afirmar que tal alargamento necessariamente decorre da simples aplicação do melhor conhecimento científico disponível.

Um primeiro passo nessa direção consiste em reconhecer que na ciência moderna a capacidade de explicar e compreender supera em muito a capacidade de antever as conseqüências. Daí deriva que aqui, como na ciência em geral, cabe buscar a prudência na aplicação dos conhecimentos. Conhecer o alcance e os limites do conhecimento disponível torna-se um imperativo para uma prática prudente.

Nesse sentido, cabe reconhecer que a racionalidade médica não é capaz de apreender o que certo indivíduo experimenta ou pode vir a experimentar em decorrência de uma doença ou das intervenções por ela suscitadas. Tendo por base um conjunto de pessoas, só é possível falar sobre as pessoas a não ser em termos de

probabilidades. Mesmo quando identifico uma lesão à qual atribuo um sofrimento, nossa base de conhecimento não permite antever o que acontecerá com o doente. Reconhecer esse limite abre a possibilidade de reconhecer que a racionalidade médica e o conhecimento sobre as doenças, embora fundamentais, são insuficientes para o sucesso prático da aplicação desses conhecimentos no que se refere ao alargamento dos modos de andar a vida: há que articulá-la com outras formas de conhecimento sobre a vida, ou melhor, sobre os modos concretos de andar a vida, sobre o adoecimento vivido, sobre as concepções, temores e sentimentos das pessoas que sofrem (ou que podem vir a sofrer). O encontro entre um profissional de saúde deixa de ser visto como o encontro desigual entre alguém que sabe sobre as doenças, seus modos de prevenir e tratar e alguém que não sabe, para se tornar um encontro entre profissionais que sabem algo sobre as doenças, e pessoas que sabem algo sobre suas vidas e sobre seu sofrimento. É na tentativa de fundir esses horizontes que se produzem relações emancipatórias.

Isso envolve a compreensão da dissociação inerente a esta racionalidade, que produz o conhecimento em um plano distinto da aplicação do conhecimento produzido. Aprende-se sobre a doença para tratar pessoas. Tratar as doenças é muito distinto de tratar pessoas. Uma pista dessas diferenças pode ser encontrada nos usos correntes do termo: ser bem tratado expressa sinteticamente a avaliação positiva de um encontro, no qual houve escuta, no qual fomos compreendidos, no qual se produziu de algum modo uma fusão de horizontes.

Em outros termos, a aplicação do conhecimento sobre a doença sempre se dá em um contexto diverso do que gerou sua produção. O cuidado integral demanda profissionais capazes de conhecer doenças e de contextualizar suas propostas no modo de andar a vida do outro.

Relações das Práticas do Cuidado com o Capital

É interessante notar que a constituição da medicina com base na relação da clínica com a anatomia patológica se deu em um momento no qual a medicina contava com muito poucas formas de intervenção eficazes. Grande parte dos conhecimentos baseados na experiência empírica era colocada no bloco das práticas não reconhecidas pela medicina – portanto, desqualificada. Mesmo aqueles que haviam logrado alguma forma de assimilação pela medicina, seu sucesso não lograva ser explicado pelo pensamento médico. Esse era o caso, por exemplo, das práticas de variolização.

A capacidade de intervenção efetiva da medicina sobre o curso das doenças parece ter-se desenvolvido de forma acentuada no século passado, após o advento da microbiologia. O desenvolvimento da microbiologia produziu importantes mudanças nas possibilidades de intervenção sobre a saúde. E algumas cirurgias. Ao identificar agentes etiológicos microbianos de algumas doenças, a microbiologia permitiu desenvolver e aplicar tecnologias como as vacinas e os soros. A compreensão das cadeias de transmissão de algumas dessas doenças abriu o caminho para a busca de técnicas destinadas a interromper 'os elos frágeis', controlando sua propagação. Nascia, em decorrência desse aporte de conhecimentos, a saúde pública moderna.

Entre nós, a moderna saúde pública se constituiu no início do século passado. Uma primeira característica que precisa ser destacada é que a saúde pública moderna não tinha (e não tem) qualquer incompatibilidade com a racionalidade médica da clínica, nem com a base do conhecimento centrada na doença. Ao contrário, ela é filha dessa racionalidade. De fato, a saúde pública moderna suscitará a oposição de muitos médicos tradicionais, mas tais oposições se devem mais a tensões entre dois modelos de pensamento bastante distintos: a medicina baseada na higiene, desprovida de tecnologias para intervir a contento sobre as questões da doença dos indivíduos, e sem capacidade de produzir sucessos práticos a fim de controlar as doenças que se transformavam em ameaças epidêmicas. Além do mais, devemos recordar que o sucesso avassalador da higiene no século XIX se deu diante de um saber médico colonial baseado em concepções médicas dos séculos anteriores, quase todas especulativas e teóricas. E, como nos lembra Costa, o prestígio da higiene foi impulsionado pelo interesse político do Estado na saúde da população. "No caso brasileiro, essa evidência é incontestável. O Estado brasileiro que nasce com a abdicação é o moto-propulsor do súbito prestígio da higiene. A atividade médica coincidia e reforçava a solidez de seu poder, por isso recebeu seu apoio" (Costa, 1979: 32).

Por sua vez, a saúde pública de base microbiológica que nasceu no final do século XIX era revestida pela áurea da ciência moderna, e trazia consigo a promessa de sucesso na construção de um mundo melhor. Promessa de sucesso particularmente superior à da higiene, no que dizia respeito à possibilidade de superar as ameaças epidêmicas que, rondando os portos e as cidades, ameaçavam a dinâmica da economia agroexportadora e, portanto, ameaçavam o processo de acumulação de capital. Por isso o Estado brasileiro a escolheu (preterindo a higiene), dando-lhe os recursos para o enfrentamento das ameaças epidêmicas.

Também aqui, no caso brasileiro, as evidências são irrefutáveis: nossa moderna saúde pública nasceu profundamente articulada com os interesses do capital, e sua constituição se deu com base no próprio Estado.

A grande proximidade da saúde pública de uma medicina de base científica centrada nas doenças se fez visível na trajetória de vida de grandes sanitaristas da primeira metade do século passado, em sua maioria também médicos renomados.

Pouco tempo depois da Constituição, entre nós, da saúde pública, na segunda metade da década de 1920, começam a surgir as políticas do que depois foi chamado de 'previdência social', com a criação de benefícios aos trabalhadores, que incluíam a assistência médica aos trabalhadores e suas famílias.

Não dispomos de muitas informações sobre as bases de conhecimento que fundamentavam as práticas médicas na assistência aos trabalhadores nessa época. O fato é que alguns autores caracterizam que aqui no Brasil teriam coexistido, por boa parte do século XX, dois modelos assistenciais: o da saúde pública e o da assistência médica previdenciária.

Há várias linhas de interpretação para a participação do Estado na promoção da assistência médica previdenciária. A primeira delas evoca que a assistência médica integraria os dispositivos de reprodução da força de trabalho necessária ao capital. A tese, teoricamente elegante, contudo, esbarra em algumas dificuldades. A primeira diz respeito à existência de um excedente de mão-de-obra no Brasil, que tornaria relativa a necessidade de cuidar da reprodução da força de trabalho. Ademais, pelo menos antes da Segunda Guerra Mundial, as tecnologias disponíveis para a assistência médica não eram capazes de garantir um sucesso prático tão nítido. Outra linha de interpretação contextualizará essa assistência médica previdenciária no bojo das políticas trabalhistas, ou seja, nas tentativas do Estado de intermediar a relação entre o capital e o trabalho, arbitrando a oferta de um conjunto de benefícios aos trabalhadores, ao mesmo tempo que buscavam cooptar e controlar os movimentos sindicais desses mesmos trabalhadores.

Independentemente dessas interpretações, vale destacar que a partir da Segunda Guerra Mundial estabelecem-se outras relações entre o capital e as práticas de cuidados: é que as práticas de cuidado exercidas por profissionais se tornam um elemento propiciador da acumulação do capital. Surge um significativo processo de acumulação de capital no setor Saúde, em escala mundial, que transforma por completo as práticas e instituições médicas, e afeta de vez o trabalho em saúde e a formação dos trabalhadores da saúde.

As origens dessas transformações são, contudo, mais antigas. Elas retomam, em certo sentido, as próprias transformações decorrentes da microbiologia, assim

como trazem elementos ligados diretamente aos estudos das lesões anatomopatológicas, sobretudo em nível microscópico. Devemos a Canguilhem uma narrativa dessas origens:

> E, no entanto, foi a extensão dos exames microscópicos dos preparados celulares e a prática das colorações baseadas nos derivados sintéticos da anilina, industrialmente fabricados na Alemanha a partir de 1870, que pela primeira vez, na história da medicina, iria resultar numa terapêutica tão eficaz quanto era livre de qualquer teoria médica, a quimioterapia, inventada por Paul Erhlich. (Canguilhem, 1977: 63)

Canguilhem nos relata que Erhlich havia aprendido a usar os corantes no exame e distinção dos tecidos normais e patológicos. Conhecia, pois, como a afinidade seletiva de certas células a determinados compostos químicos permitia que os mesmos fossem corados de forma distinta, o que possibilitava sua visualização. Tomando como base essa idéia de afinidade seletiva, Erhlich se perguntou: seria possível identificar, entre as substâncias que corassem seletivamente alguns agentes microbianos, uma que destruísse seletivamente esse agente? A pergunta originou, de imediato, um programa de pesquisa, do qual o vermelho *trypan* (que matava o tripanossomo responsável pela doença do sono) foi o primeiro produto, e que resultou alguns anos depois na descoberta, por Domag, do prontosil-vermelho, o primeiro produto de uma série de quimioterápicos.

Destaco essa breve história para ressaltar que os elos entre a indústria química e a medicina são bem mais antigos e profundos do que em geral pensamos. A linha de pesquisa de Erhlich foi ao mesmo tempo um esforço de desenvolver um poderoso recurso terapêutico, e um esforço de desenvolver um novo ramo da indústria química: a indústria farmacêutica. O que se inaugurou aqui foi a possibilidade de, manipulando moléculas (algo inerente à indústria química), pudéssemos desenvolver produtos que, por sua afinidade seletiva a certos microorganismos ou a certas células ou partes de células, pudessem produzir um efeito terapêutico.

Se os quimioterápicos abriram para a medicina uma nova perspectiva de intervenção, a produção da penicilina em grande escala, a partir da Segunda Guerra Mundial, ampliou o horizonte da indústria farmacêutica nascente. É bastante conhecida a história da descoberta da penicilina: a identificação (quase ao acaso) de que certo tipo de fungo produzia uma substância capaz de inibir o crescimento de bactérias em placas de Peyer. Ao isolamento da substância seguiram-se os testes para mostrar sua utilidade em humanos. Contudo, por ser uma substância produzida por um ser vivo, a introdução da penicilina como recurso terapêutico teve que aguardar o desenvolvimento de técnicas para sua produção em larga escala,

o que só aconteceu graças a um esforço conjunto do governo inglês e da indústria, ocorrido com a Segunda Guerra Mundial. Este último desenvolvimento, por sua vez, abriu nova e fértil linha de pesquisa de novas substâncias químicas, conduzidas agora dentro do âmbito das indústrias farmacêuticas: tratava-se de buscar reconhecer, isolar e produzir em grande escala outras espécies de substâncias antimicrobianas produzidas por fungos e passíveis de uso humano. Desta nova vertente, que substituiu as lâminas coradas de Erhlich pela placa de Peyer como ponto de partida, bem como pela manipulação molecular das substâncias produzidas pelos fungos, nasceram muitos antibióticos que, ao lado dos quimioterápicos, tiveram grande impacto sobre o manuseio das doenças infecciosas.

Destaco um aspecto importante da pesquisa de novos medicamentos: seu caráter profundamente empírico. Tanto no caso dos quimioterápicos como dos antibióticos, o ponto de partida das pesquisas não envolvia seres humanos doentes. Mas o desenvolvimento dos medicamentos (destes e de qualquer outro) envolve mais do que isolar e produzir a substância, precisa demonstrar sua utilidade em humanos. Isso significa, por um lado, mostrar que essa substância é possível de ser utilizada de modo seguro; e, por outro, que seu uso é eficaz para o enfrentamento de certa doença. A relação entre segurança e eficácia é sempre de grau: todo medicamento, em certa dosagem, pode matar, e todo medicamento, em certo grau, produz efeitos colaterais, isto é, traz alguma possibilidade de produzir um sofrimento. O uso de medicamento se faz sempre diante de um balanço entre os riscos e benefícios de seu uso.

Uma questão central é que os estudos que buscam mostrar a eficácia dos medicamentos são necessariamente estudos epidemiológicos, feitos em grupos de doentes, o que reforça a importância da epidemiologia como disciplina fundamental da racionalidade médica contemporânea.

O advento dessa indústria permitiu, pela primeira vez, a produção de recursos terapêuticos em grande escala, que poderiam ser utilizados em qualquer parte do mundo. Isso representou um processo de reordenamento completo da formação e do trabalho médico, dando novo sentido à prescrição, que passa a ser a recomendação do consumo de um produto químico. Os médicos passam a ser os profissionais que, diante de um caso concreto, definem que medicamentos são necessários. Mas se ele no seu cotidiano reconhece a necessidade de um medicamento para um paciente concreto, essas necessidades são inventadas pela pesquisa articulada pela indústria farmacêutica. Surge aqui uma clara dicotomia entre o plano entre os espaços nos quais se desenvolvem os medicamentos e os espaços nos quais ocorre a

indicação de seu uso. Em outros termos, a medicina segue os rumos ditados pelo planejamento da pesquisa dos laboratórios das indústrias (embora aqui, como sempre, exista certa dialética do controle, como diria Giddens).

Mas se a demonstração epidemiológica da eficácia é algo significativo para dar sentido ao uso de um medicamento, e a demonstração da possibilidade de sua utilização segura é um requisito ético para esse uso, eficácia e segurança são apropriados pela indústria como simples argumentos de um amplo processo de *marketing*. Ou seja, a indústria não se limita a produzir medicamentos eficazes e seguros, mas a produzir substâncias que, por parecerem eficazes e seguras, serão consumidas. Na busca de maximizar os ganhos, a indústria expande a oferta de mercadorias muito além do que seria um uso que tomasse a racionalidade médica como parâmetro norteador das práticas. O episódio da talidomida é exemplar das transgressões à ética e ao primado da defesa da vida. As estratégias de propaganda e *marketing* são bastante abrangentes, e incluem um poderoso arsenal de dispositivos voltados para os médicos, buscando construir seus padrões de conduta, sobre os mercados de venda de medicamentos (sendo os lojistas um alvo importante), e sobre o conjunto da população.

Assim, estabelece-se uma luta a fim de que o Estado garanta, valendo-se de algumas restrições ao sonho expansionista das indústrias, a possibilidade de um uso de medicamentos que se inscreva na garantia do direito à saúde. Ação do Estado que se estende desde dispositivos de autorização e controle para a comercialização ou distribuição de medicamentos, até o estabelecimento de regras sobre as propagandas dos mesmos.

Ao lado da indústria farmacêutica, outras, de materiais e equipamentos médicos, se desenvolveram muito ao longo do século XX. De um lado, um conjunto de indústria se ocupa em desenvolver produtos que permitam de algum modo facilitar ou mesmo propiciar o diagnóstico das doenças. Para essas indústrias, a racionalidade médica gera um conjunto de oportunidades. Cada tipo de critério diagnóstico suscitou uma linha de desenvolvimento de uma indústria. Por exemplo, como as lesões integram critérios de definição de muitas doenças, sua observação pode ser definidora do diagnóstico.

Ora, uma série de tecnologias foi desenvolvida para permitir a visualização direta das lesões: dos antigos instrumentos baseados em conjuntos de lentes e espelhos articulados com fontes de luz, aos aparelhos com fibras óticas e flexibilidade para sondar o interior do organismo, e chegando às microcâmeras, são inúmeros os dispositivos que permitem a visualização direta das lesões. De modo análogo, desenvolveram-se muitas tecnologias que permitem a visualização indireta das

lesões (pela construção de uma imagem produzida valendo-se de algum dispositivo, como o raio-x, o ultra-som, a ressonância magnética, a emissão de radiações de substâncias). Nesses dois ramos da indústria de equipamentos médicos, a trajetória de desenvolvimento tecnológico tem sido no intuito de acoplar dispositivos e desenvolver formas de uso das técnicas de visualização direta ou indireta que permitam sua articulação com a realização de intervenções – por exemplo, a cirurgia laparoscópica e os procedimentos de intervenção no setor de hemodinâmica. As manifestações bioquímicas de certas doenças possibilitaram o desenvolvimento de uma indústria voltada para a dosagem de compostos bioquímicos no sangue ou em outras partes do corpo. Há ainda uma indústria de produtos para mensurar e monitorar certos parâmetros fisiológicos, e por aí vai. A pesquisa tecnológica nessas indústrias produz inovações que, quando se mostram úteis no processo de diagnóstico, tornam-se necessárias. Algumas destas tecnologias modificam completamente as possibilidades terapêuticas, como é o caso, por exemplo, da tomografia cerebral em pacientes com traumatismo craniano.

O desenvolvimento de indústrias no setor contempla também aquelas de materiais consumidos nas práticas do cuidado (cateteres, sondas, agulhas, seringas, material cirúrgico), bem como a produção de equipamentos que permitem a realização de certos procedimentos terapêuticos (a hemodiálise, por exemplo).

No seu conjunto, essas indústrias constroem a cada dia novas necessidades. A intensidade dos processos de inovação e a capacidade de apresentar as novas tecnologias como eficazes e necessárias para defender a vida são uma característica da dinâmica de acumulação do capital no setor Saúde. Este setor transformou-se ele mesmo em um local de acumulação de capital em escala mundial, de modo que as práticas de cuidado realizadas pelos profissionais da saúde passaram a ser em grande parte as definidoras do consumo de produtos dessas indústrias em cada caso, portanto, os elementos que ao fim e ao cabo permitem a realização da acumulação do capital no setor. E isso acontece independentemente das relações estabelecidas diretamente no trabalho da produção do cuidado.

A intensidade da inovação tecnológica, associada a certos dispositivos de patentes, propicia aos inovadores uma margem de ganho e de acumulação de capital bastante elevada. Poderíamos talvez dizer que há aqui a produção de um excedente que deriva mais da apropriação privada do conhecimento produzido no âmbito da indústria do que propriamente da exploração do trabalho no próprio processo de produção dos medicamentos ou equipamentos de uso na saúde.

O fato é que a dinâmica desse setor econômico vem elevando mais e mais os custos da produção do cuidado médico. Essa elevação dos custos tende a trazer

dificuldades crescentes no acesso aos serviços de saúde. No âmbito da prestação privada de serviços de saúde, os custos do tratamento de determinadas doenças tornam-se proibitivos para muitas pessoas. Em resposta a isso, desenvolveram-se sofisticadas formas de financiamento privado, que em geral assumem a forma de um seguro, no qual as pessoas pagam continuamente um certo valor para ter o direito à assistência à saúde quando dela vierem a precisar.

Por outro lado, expressivos contingentes populacionais que não têm condições de custear os cuidados de saúde caracterizam uma situação de desigualdade dramática, que demanda a mediação do Estado. O caráter dramático que aqui adquire a desigualdade no poder de compra, que em geral é inerente às sociedades capitalistas, decorre da valorização da vida: parece particularmente injusto que alguém seja privado do acesso a uma forma de cuidado da qual necessite pelo simples fato de não ter os recursos para custeá-la. Drama que se exacerba quando o cuidado em questão parece ter a potência de garantir a própria continuidade da vida. Esse é o fundamento último de uma tese política, a de que deve caber ao Estado a garantia do direito de todos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. De modo mais rigoroso, esta tese política pode ser entendida da seguinte forma: não é justo que alguém seja privado do acesso a certos produtos e tecnologias que podem produzir a redução do sofrimento (presente ou futuro) provocado por uma doença pelo simples fato de não dispor de recursos financeiros para custeá-la.

Portanto, a tese se assenta no reconhecimento de que os desenvolvimentos alcançados no âmbito do setor Saúde apresentam um potencial de defesa do princípio da vida bem significativo, mesmo que as práticas concretas existentes se apresentem como um *mix* de práticas de cuidado que defendem a vida e práticas que nem tanto. A tarefa da crítica, nesse sentido, é reconhecer alternativas ao que há de criticável nessa realidade, fazendo que cada vez predominem mais práticas que defendam radicalmente a vida.

Deriva do que foi dito o reconhecimento de que, no modo como se estruturaram as relações profundas entre capital e práticas de cuidado, que a garantia pelo Estado desse direito ao acesso universal e igualitário aos serviços e às ações de saúde, por meio do financiamento público, é simultaneamente a garantia de certa dimensão do mercado dos produtos das indústrias da saúde. Como também deriva a constatação de que, ao garantir a expansão do acesso às práticas de cuidado, expandem-se também as dimensões do mercado das indústrias do setor.

O trabalho em saúde é reconfigurado a partir desse processo de desenvolvimento das indústrias do setor Saúde. Por um lado, as práticas de cuidado exercidas

pelos profissionais passam a necessitar de um complexo conjunto de equipamentos e procedimentos. Tais equipamentos e procedimentos vão reconfigurar o hospital, redefinindo a ordem médica em seu interior com base nas necessidades postas para a adequada operação dos equipamentos e adequada realização dos procedimentos. Mesmo fora do hospital, as práticas de enfrentamento de um sofrimento manifesto exigem cada vez mais a realização de procedimentos em vários locais (o consultório, o laboratório de análises clínicas, o laboratório de imagens etc.). Tanto dentro como fora dos hospitais, o fluxo das pessoas passa a ser ordenado pela lógica da realização dos procedimentos, mesmo que essa lógica de ordenação produza ou agrave, ela mesma, o sofrimento das pessoas.

Por sua vez, como o exercício das práticas de cuidado passa a exigir um conjunto de procedimentos, os arranjos dessa produção mais direta do cuidado redesenham a posição hierárquica entre os diversos profissionais, tanto no espaço do hospital como nos espaços extra-hospitalares. Tal redesenho, contudo, não produz uma redução da importância e da centralidade do médico. Ao contrário, ele redesenha no interior da própria medicina uma hierarquia que estabelece, entre as diversas especialidades, diferenciais simbólicos que atribuem não só prestígio mas possibilidades concretas de ganhos diferenciados. Tudo isso opera conjuntamente para reforçar algum fetiche pela tecnologia (entendida em um sentido restrito do consumo de certos equipamentos, supostamente complexos). Em outros termos, instaura-se o predomínio da técnica sobre a terapêutica.

Este fetiche se estende até o conjunto da população, produzindo uma demanda pelo consumo dos chamados exames complementares e dos medicamentos. A primeira demanda, numa falsa idéia de que quanto mais procedimentos diagnósticos forem feitos, mais certeza se terá acerca da origem de seus sofrimentos. A segunda pela idéia de que o ritual do consumo de medicamentos é fundamental para a melhora do sofrimento, mesmo que apenas pelo seu efeito como placebo. O resultado geral é um consumo de bens e serviços de saúde desproporcionais às capacidades de esses bens e serviços alargarem os estreitamentos dos limites da vida.

Em Busca de um Cuidado Integral: a construção de alternativas para o trabalho em saúde e para a formação das profissões em saúde

Procuramos até aqui identificar três eixos que estruturam as práticas do cuidado em saúde: a medicalização (ou a normatização da vida por um saber), a racionalidade médica e a acumulação de capital no setor. Estamos em condições de

indicar, ainda que de modo exploratório, a constelação de poder que produz práticas de cuidado em saúde caracterizadas por produzirem a colonização dos sujeitos, colocados e mantidos sobre contínua tutela e controle por um saber. Práticas que reduzem os sujeitos a objetos, quer por reduzir seu sofrimento à sua doença, caracterizada em última instância pela lesão que a define, quer por reduzi-los a um conjunto organizado de moléculas, células e tecidos passíveis de manipulação, visando à alteração do estado desses organismos. Práticas que se organizam valendo-se de um ordenamento centrado nas necessidades de os profissionais executarem certos procedimentos, mesmo que tais ordenamentos gerem sofrimento. Práticas que terminam por privilegiar as técnicas, em vez dos sucessos terapêuticos concretos na vida das pessoas. Mas, sobretudo, práticas exercidas dia a dia por profissionais da saúde, que fazem diariamente essa história, embora não necessariamente do modo como imaginam. Profissionais que são ao mesmo tempo agentes da reprodução dessas práticas e de sua eventual transformação.

Penso que, no meio mesmo desse complexo arranjo de práticas sociais, há sujeitos (profissionais da saúde ou não) que, indignados, buscam alternativas ao que existe, lutando por valores que, embora pareçam ser impossíveis, permitem criar contradições e tensões de modo a instaurar relações emancipatórias.

Uma das manifestações dessa indignação com as formas predominantes das práticas do cuidado feitas pelos profissionais da saúde vêm-se dando no Brasil na luta em torno do princípio da integralidade em saúde. Vejo a integralidade em saúde, tal como vem sendo construída na sociedade brasileira, como um conjunto de valores que merecem ser defendidos, e que vêm sendo defendidos num processo contínuo e cotidiano de lutas por transformações nas práticas dos cuidados em saúde, nos modos de organização dessas práticas, e nas políticas de saúde. Falo em conjunto de valores para expressar seu caráter polissêmico. Polissemia que, contudo, partilha radicalmente da defesa do primado da vida como valor, e da busca de transformar as relações entre as pessoas de modo que elas sejam cada vez mais iguais. De modo mais específico, os valores da integralidade parecem ter em comum a aspiração de recusar qualquer forma de redução de sujeitos a objetos, e a abertura de uma perspectiva dialógica entre sujeitos diferentes (Mattos, 2001).

Especificamente no que se refere às práticas dos profissionais da saúde, integralidade adjetiva o cuidado: aspiramos a um cuidado integral. Um cuidado no qual as intervenções dos profissionais da saúde se façam apenas na medida em que efetivamente possam alargar os limites do modo de andar a vida. Portanto, um cuidado profundamente centrado na compreensão do sofrimento manifesto ou do

sofrimento antecipado pelos profissionais no contexto de vida do sujeito que sofre ou poderá vir a sofrer. Ademais, um cuidado que se preocupe em descolonizar, reduzir as tutelas, deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou que podem vir a sofrer.

Especificamente no que diz respeito à organização das práticas do cuidado, para o cuidado integral há que se subverter, ainda que de modo gradual e interno, a ordem interna dos espaços institucionais (como o hospital), ordem esta organizada com base nas hierarquias das autoridades cognitivas e valendo-se das necessidades dos profissionais, traçadas pela lógica da boa realização dos procedimentos de manipulação dos corpos. Trata-se de buscar construir um padrão de organização mais centrado nos sujeitos que sofrem.

Mas quais as pistas que temos sobre as possibilidades alternativas? Começo pelas relações dos profissionais com as pessoas. Tomando radicalmente a vida como valor, é o sofrimento das pessoas, presente ou futuro, que deve dar sentido ao trabalho dos profissionais da saúde. Sofrimento que é, para as pessoas que sofrem, sempre subjetivo e concreto, apreensível apenas no contexto também concreto de um modo de andar a vida. Sofrimento que o profissional, para aplicar a racionalidade do saber que o legitima, precisa transformar em sofrimento objetivo e abstrato, passível de ser comparado com tantos outros semelhantes, capaz de ser atribuído a alterações orgânicas, no limite atribuído à doença. Se a transformação do sofrimento do sujeito em doença, que necessariamente se dá por um afastamento analítico do contexto de vida do sujeito que sofre, é um imperativo da racionalidade médica, que cria desse modo a possibilidade de aplicar todo o caudal de conhecimentos que podem ajudar a diminuir o sofrimento, nada nessa racionalidade médica obriga o profissional a apagar da sua mente esse sujeito que sofre. Ao contrário, o entendimento de que qualquer intervenção justificada pela racionalidade médica se faz necessariamente em sujeitos concretos, com seus sofrimentos, com seus sonhos e aspirações, e com seus temores, estas só ganham sentido quando contextualizados nesse modo concreto de andar a vida.

Ou seja, se abrimos mão da pretensão do saber dos profissionais da saúde de definir exclusivamente a partir da racionalidade médica, a conduta que deve ser implementada, criamos a possibilidade de uma relação emancipadora. O que não significa abandonar a racionalidade médica nem o conhecimento sobre as doenças, nem as formas de intervenção de que dispomos. Ao contrário, isso significa que o conhecimento do profissional permite-lhe alguma apreensão das necessidades de saúde do outro sujeito que sofre, e que o conjunto de intervenções concretas que

propõe com base no conhecimento de que dispõe devem entrar em contato com outros conhecimentos, sobretudo aqueles que se referem ao sofrimento concreto nos modos de andar a vida, também concretos. Trata-se de buscar a construção de um projeto terapêutico individualizado valendo-se de uma prática dialógica intensa, propiciadora de uma fusão de horizontes. Só assim será possível dialogar e proceder a um balanço entre o sofrimento da pessoa, eventualmente gerado por uma doença, e o sofrimento desta mesma pessoa gerado pelas formas de intervenção propostas pelo profissional. Trata-se de reconhecer que, em cada encontro com o outro, o profissional em parte sabe e em parte ignora o que é necessário para desenhar uma proposta terapêutica capaz de produzir um sucesso prático.

Mas o que caracteriza o conhecimento dos profissionais é decorrente da capacidade da racionalidade científica da medicina de indicar um conjunto de possibilidades de intervenção. Nesse sentido, cabe zelar para que as propostas feitas pelos profissionais sejam o mais próximo possível do conhecimento estabelecido no campo da ciência. Este é um ponto fundamental: não será deixando de se estudar a doença e as técnicas de intervenção que se modificarão as relações de poder hoje vigentes. Pelo contrário, tomando como ponto de observação a relação dos profissionais com a indústria, mediada pelas estratégias de *marketing* destas, a relação de emancipação acontece quando os profissionais contrapõem às informações difundidas nas propagandas, aquelas que mais se adequam ao ideal da prática da ciência contemporânea. Isso significa que a capacidade de um profissional de reconhecer em uma informação sua base científica, e de examiná-la de modo crítico, assim como a capacidade de buscar informações sobre uma questão na literatura científica, são ferramentas da emancipação dos profissionais fdiante das propostas das indústrias. A má-formação técnica é o melhor coadjuvante da colonização dos profissionais pela indústria.

Analogamente, o exame crítico das evidências oferecidas pelas práticas das ciências sobre os riscos das doenças é um importante balizador das práticas que visam a oferecer às pessoas propostas de mudança de comportamento ou de modos de andar a vida feitas com a promessa de que, ao seguir as normas recomendadas, poderá evitar sofrimento futuro. Ou seja, como exercício da prudência diante das práticas cotidianas da medicalização, pode-se defender uma promoção da saúde centrada no conhecimento da doença. Evitar normas que não sejam embasadas no conhecimento sobre as doenças é uma forma de evitar que normas características de uma classe social sejam imputadas a outras; é zelar para que os juízos morais dos profissionais não disparem dispositivos de enquadramento do desviante; ou, o que

é ainda mais grave, disparem os dispositivos produtores no outro de um sentimento de culpa. Resistir à medicalização exige a consciência dos limites do conhecimento que nos autoriza socialmente a oferecer ao diálogo com o outro nossas propostas de evitar sofrimentos futuros. Só em um diálogo com essa perspectiva poderemos produzir dialogicamente um balanço entre sofrimentos gerados pelo esforço de promover a saúde e aquele que adviria da sua não-promoção. É claro que, na perspectiva emancipatória, impõe-se o radical respeito pelos profissionais da saúde das recusas de qualquer um que seja em adotar nossas recomendações – ou seja, ao direito de não adotar o que consideramos um comportamento saudável.

Por outro lado, no plano da organização das práticas de saúde, o esforço aqui deve ser feito para se buscar apreender o sofrimento produzido pelas práticas de cuidado. Trata-se de, em primeiro lugar, dar especial atenção às manifestações de indignação dos usuários dos serviços de saúde, de pequenos episódios de rebeldia, de questionamentos à ordem instituída nas instituições de saúde. Uma análise crítica desses episódios pode contribuir para nossa percepção, como profissionais da saúde, de algumas das conseqüências impremeditadas de nossas ações, e das opressões que com elas provocamos. Em segundo lugar, examinar de modo sistemático as trajetórias percorridas pelas pessoas na tentativa de obter algo nos serviços de saúde, as estratégias dessas pessoas para minimizar ou contornar os obstáculos e os sofrimentos produzidos pelo padrão de organização dos serviços de saúde. Em terceiro lugar, cabe o esforço de compreender a experiência vivida pelo outro ao se submeter às regras e procedimentos que preconizamos. Trata-se, em resumo, de buscar compreender as razões das atitudes e comportamentos dos outros nas tensões que estabelecem com as razões dos profissionais da saúde. Ou seja, fundamentalmente, trata-se de reconhecer que a racionalidade médica não é a única útil para construir o cuidado integral.

Está-se falando, portanto, de reposicionar radicalmente a ciência e a racionalidade médica. Isso envolve abandonar a pretensão do conhecimento científico de indicar o que é melhor, mas envolve o reconhecimento de que esse conhecimento é de grande importância para balizar a oferta de propostas de intervenção que fazemos a outros sujeitos, na perspectiva de defesa da vida. Envolve também a idéia de que esse conhecimento, para ser útil na perspectiva do cuidado integral, precisa ser traduzido e confrontado com outras formas do conhecimento, a começar por aquelas formas não científicas de conhecimento, decorrentes da própria experiência da vida, visando à produção de uma fusão de horizontes quanto ao projeto terapêutico emancipador.

Isso implica, na subjetividade dos profissionais, substituir a luta corporativa centrada na autoridade do conhecimento pela luta pelo reconhecimento dos profissionais, à medida que eles contribuam com a produção de sucessos práticos significativos.

É claro que esse posicionamento não é possível de imediato, pois a luta por instituí-lo se faz desde o exercício do poder que se quer superar. Tal luta envolve a adoção de uma perspectiva ético-política como orientadora do trabalho em saúde e do ensino das profissões de saúde. Como indiquei em outro trabalho, nesta proposta ética e política:

> nós, profissionais da saúde, deveríamos buscar no imperativo moral de defesa da vida, e dos ideais de uma vida mais bela e mais feliz o sentido para nossas práticas profissionais. Nela, nosso conhecimento é verdadeiro na medida em que (e somente na medida em que) permite produzir o alívio do sofrimento, permite evitar um sofrimento possível, permite alargar os modos de andar a vida estreitados pela doença, enfim, na medida em que produzimos nos outros uma vida mais bela e feliz. Nela, nossos compromissos morais nos levam a um contínuo (re)exame de nossas crenças (de nossas condutas, de nossos procedimentos, das regras que pautam nossas práticas, etc.), explorando a possibilidade de substituí-las por crenças melhores. Exame que se faz não apenas através do exercício da autocrítica, mas também (e sobretudo) pelas tentativas de ampliação dos consensos intersubjetivos, pela ampliação do 'nós', deslocando-se de categorias profissionais (médico, enfermeiro, nutricionista, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico, profissionais de nível técnico, agentes comunitários etc.) em direção a um nós chamado 'equipe'. E deslocando-se (através de práticas dialógicas, do exercício da escuta, da fusão de horizontes, do exercício da alteridade, do desenvolvimento de cumplicidade etc.) de um nós chamado equipe para um nós que inclua os outros não profissionais (usuários, pacientes, sujeitos, cidadãos, ou como se queira chamá-los); um nós que efetivamente seja capaz de buscar uma vida mais bela e mais feliz. (Mattos, 2007: 140)

Referências

AYRES, J. R.C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 63-72, 2001.

CANGUILHEM, G. *Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida*. Lisboa: Edições 70, 1977.

COLLIÈRE, M. F. *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, 1999.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GIDDENS, A. *A Constituição da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

MACHADO, R. *et al. Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal. 1978.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2001.

MATTOS, R. A. Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. & MATTOS, R. (Orgs.) *Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepesc, Abrasco, 2007.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SANTOS, B. S. *Para um Novo Senso Comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática*.. São Paulo: Cortez, 2001. v. 1. A Crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência.

PARTE V

Relação Trabalho e Educação na Saúde

9

A Política Educacional Brasileira na 'Sociedade do Conhecimento'

Lúcia Maria Wanderley Neves

Pretendo aqui fazer algumas reflexões sobre a educação brasileira na atualidade, resultantes de trabalhos de pesquisa que venho desenvolvendo na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), no âmbito do Coletivo de Estudos de Política Educacional, grupo de Pesquisa Fiocruz/CNPq, e no desenvolvimento de estudos dentro do Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde (Papes/Fiocruz/CNPq).[1] Essas reflexões tomam a educação em seu sentido amplo, como processo formativo que se desenvolve na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais (art. 1º da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional) e no seu sentido estrito, como educação escolar, que se desenvolve predominantemente por meio do ensino, em instituições próprias (parágrafo 1º do art. 1º da referida lei).

Tais reflexões pretendem apresentar explicações para a rápida consolidação e estabilização da hegemonia do projeto burguês mundial de sociedade e de sociabilidade no início deste século, no Brasil, procurando entender nesse processo a

1 Integraram ainda a equipe de trabalho do Papes IV os pesquisadores Júlio César França Lima, Marcela Alejandra Pronko e Marco Antônio Carvalho Santos. Um dos produtos deste projeto, de autoria de Neves e Pronko (2008), aprofunda os itens 4 e 5 deste texto.

natureza das reformas da educação escolar que se iniciam no final do século XX, sob a ideologia da sociedade do conhecimento, e se implementam nos anos iniciais deste século.

Na perspectiva de educação política, salientarei algumas das características da pedagogia da hegemonia do atual estágio do desenvolvimento capitalista; destacarei também algumas características do novo intelectual urbano, organizador do consentimento ativo do conjunto da população brasileira ao novo projeto de sociedade e de sociabilidade em fase de estabilização, assim como as estratégias para a formação de um novo homem coletivo no Brasil de hoje. Na perspectiva de educação escolar, apontarei algumas das características da proposta hegemônica de massificação dessa educação na sua intercessão com a política de ciência e de tecnologia para os países de capitalismo dependente (Cardoso, 2005) na condição de estratégias do Estado brasileiro para acelerar o crescimento, aliviar a pobreza e assegurar, ao mesmo tempo, a coesão social, indispensáveis para a manutenção da 'paz' no século XXI.

O Estado Educador e a Nova Pedagogia da Hegemonia na 'Sociedade do Conhecimento'

A nova pedagogia da hegemonia consiste em uma série de formulações teóricas e de ações político-ideológicas utilizadas pela burguesia para assegurar, em nível mundial e no interior de cada formação social concreta, a dominação de classe, a partir da redefinição de seu projeto de sociedade e de sociabilidade para os anos iniciais do século XXI. Ela consubstancia uma estratégia de legitimação social do capital depois que as receitas preconizadas pelo Consenso de Washington para retomada do crescimento econômico e redução das desigualdades sociais na década de 1980 e anos iniciais dos anos de 1990 mostraram-se insuficientes para assegurar a coesão social no capitalismo neoliberal, tornando imprescindível uma redefinição das estratégias de busca do consenso (Neves, 2005).

Essas novas demandas do capital nos últimos anos do século XX exigiram do Estado capitalista um novo formato no seu papel como educador, de modo a permitir a viabilização de um processo de mudança no padrão de politização das sociedades contemporâneas.

Processou-se tal redefinição por meio de um variado e complementar movimento de repolitização da política, inspirado nos postulados e práticas do que se convencionou chamar de 'reinvenção da democracia' ou de 'democratização da

democracia'. As origens desse movimento localizam-se, nos Estados Unidos, na agenda política dos 'novos democratas' – principalmente a partir da eleição de Bill Clinton em 1992 – e, na Europa, no movimento de redefinição programática dos partidos social-democratas, intensificado com a instalação do governo Tony Blair em 1998, na Inglaterra, e ampliado com o Programa da Terceira Via.

Um primeiro movimento da nova pedagogia da hegemonia diz respeito à viabilização do retorno ou da permanência de um conjunto significativo da população ao nível mais primitivo da convivência coletiva, no qual os agrupamentos sociais organizam-se conforme sua função e posição na produção, sem uma consciência maior de seus papéis econômico e político-social. Nesse movimento, são incentivadas pela aparelhagem estatal, por organismos diversos da sociedade civil e por empresas, formas de participação política caracterizadas pela busca de soluções individuais ou grupistas para problemas coletivos.

Um segundo movimento dessa nova pedagogia traduz-se no desmantelamento e/ou refuncionalização dos aparelhos privados de hegemonia da classe trabalhadora que vinham até então se organizando com a intenção de ampliar os direitos e/ou construir um projeto socialista de sociedade e de sociabilidade. Esses organismos passam a atuar como parceiros na construção de uma nova 'sociedade do bem-estar', ora participando diretamente da execução das políticas sociais do neoliberalismo reformado, ora redefinindo o escopo de suas lutas ao nível da construção de um capitalismo de face humanizada, considerado como única solução possível para a classe trabalhadora no século XXI (Neves, 2005).

Desse modo, esta nova pedagogia estaria atuando para restringir o nível de consciência política coletiva dos organismos da classe trabalhadora, do nível ético-político ao nível econômico-corporativo. Mais precisamente, ao incentivar a participação da classe trabalhadora organizada segundo os postulados da 'concertação social', a nova pedagogia da hegemonia estimula entre os trabalhadores organizados a efetivação de práticas voltadas para a disseminação da pequena política, propiciando, contraditoriamente, a essa importante fração das classes dominadas a disseminação da grande política da conservação.

Um terceiro movimento consiste no concomitante estímulo estatal à expansão da organização dos grupos de interesses extra-econômicos na sociedade civil[2] e na

---

2 Surgidos no segundo pós-guerra, esses novos movimentos sociais vêm se tornando cada vez mais numerosos nos últimos anos do século XX e primeiros do século XXI. Por ser indiferente às identidades sociais das pessoas que explora e por ter a capacidade de descartar opressões sociais

ação sistemática dos organismos internacionais em relação à implementação de uma nova política social.

A nova política estatal, por sua vez, tem por objetivo favorecer a metamorfose do Estado do bem-estar em sociedade do bem-estar. Essa metamorfose veio se efetivando, nos últimos vinte anos, por meio da implementação da reforma da aparelhagem estatal, da estruturação de uma nova sociedade civil e do estabelecimento de uma nova relação entre essas duas esferas do ser social para propiciar, pela obtenção do consenso, a adesão do conjunto da sociedade ao ideário e práticas burguesas nos anos de consolidação do novo imperialismo.

O novo Estado gerencial, o Estado necessário, ao mesmo tempo que reduz sua ação direta à prestação de serviços compensatórios às profundas desigualdades sociais, assume um novo papel de coordenador de iniciativas privadas de parceiros, históricos e novos, com intenção de efetivar a repolitização da política por meio de ações que contribuam para o apassivamento dos movimentos sociais populares (Fontes, 2006).

A privatização, a fragmentação e a focalização das políticas sociais no 'neoliberalismo de terceira via',[3] materializadas na criação do 'setor público não estatal', têm ainda a função de dialogar econômica e politicamente com frações significativas das camadas médias. Ao mesmo tempo que se mantêm incluídas no mercado capitalista como consumidoras de bens e serviços em época de redefinição do capitalismo, na nova condição de prestadoras de serviços de 'interesse público', essas camadas funcionam também como intelectuais que cimentam, na superestrutura, a relação entre as frações de classe expropriadoras e importantes frações do proletariado.

Esses novos intelectuais orgânicos, entre os quais se incluem os professores, têm como tarefa fundamental promover a desvalorização da igualdade como valor primordial da convivência coletiva e, em seu lugar, consolidar o individualismo como valor moral radical, com base em práticas localistas de prestação de serviços sociais na sociedade civil.

---

particulares, o capitalismo é capaz de aproveitar, em benefício próprio, toda a opressão extra-econômica que esteja histórica e culturalmente disponível em qualquer situação (Wood, 2003). Para Ellen Meiksins Wood, o capitalismo sobreviveria à eliminação de todas as formas específicas de exploração, mas não sobreviveria à erradicação da exploração de classe. As lutas concebidas em termos exclusivamente extra-econômicos, portanto, não representam, em si mesmas, um perigo fatal para ele. Podem, ainda, ser funcionais à estabilização da hegemonia burguesa.

[3] Expressão cunhada pelo Grupo de Pesquisa Coletivo de Estudos de Política Educacional para caracterizar o movimento de reformulação do capitalismo no fim do século XX e início do XXI.

No Brasil, esses intelectuais, embora atuem diretamente na aparelhagem estatal, vêm desenvolvendo cada vez mais atividades nas fundações privadas e nas associações sem fins lucrativos (Fasfil). Estudo conjunto do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais (Abong) e Grupo de Institutos, Fundações e Empresas (Gife) constatou que, em 2002, já havia 1,54 milhão de trabalhadores assalariados nesses novos organismos, percebendo um salário médio de R$ 871,00 – número que cresceu rapidamente de 1996 a 2002. Entraram nesse período, no mercado de trabalho de 'prestadores de serviços sociais', cerca de quinhentos mil novos trabalhadores (IBGE, 2004). Vale salientar que esse elevado número de 'prestadores de serviços sociais' corresponde a apenas 30% do conjunto de indivíduos envolvidos no trabalho social. Os 70% restantes executam algum tipo de trabalho voluntário.[4]

Essa nova sociedade civil ativa, sem antagonismos de classe, constitui-se em lócus fundamental da construção de um capital social necessário à sedimentação de uma nova cultura cívica e de uma nova cidadania política em conformidade com os interesses mais contemporâneos da burguesia mundial, com base na valorização da participação popular colaboracionista. 'Capital social', conceito caro aos organismos internacionais nas duas últimas décadas. Foi inicialmente formulado nas universidades norte-americanas por meio dos estudos de James Coleman e Robert Putnam, que datam da primeira metade da década de 1990. Posteriormente, foi retomado por Anthony Giddens em sua proposta da 'nova social-democracia' (a terceira via) e, mais tarde, sistematizada, para a América Latina, por intelectuais orgânicos dos organismos internacionais como Bernardo Kliksberg e Norbert Lechner. Para seus formuladores, o desenvolvimento do capital social se consubstancia em um instrumento eficaz para a formação da ética da responsabilidade coletiva, de fortalecimento da subjetividade e uma estratégia de recomposição da cidadania perdida pelo aumento da desigualdade social. Em ritmo acelerado, portanto, vão sendo fixadas as bases materiais para que a sociedade civil se transforme em trincheira privilegiada de atuação da burguesia e de seus aliados, com intuito de

---

4 O valor médio do salário pago pelas Fasfil absorve um contingente expressivo da força de trabalho qualificada em cursos de graduação e de pós-graduação em ciências humanas que, potencialmente, convertem-se em militantes da nova cidadania neoliberal. O sentido do trabalho desses 'prestadores de serviços sociais' vem sendo motivo de preocupação e de estudo entre aqueles que historicamente se dedicam à construção, em nosso país, de uma pedagogia da contra-hegemonia.

manter a dominação nos anos iniciais deste novo século (Mendonça, Neves & Pronko, 2006).

Desse modo, o Estado gerencial e a nova sociedade civil ativa se imbricam para efetivar uma reversão no processo de ocidentalização das sociedades capitalistas contemporâneas, de modo a consolidarem no mundo inteiro um modelo de 'ocidentalização de tipo americano'.[5] Ou seja, um modelo de estruturação de poder que pressupõe, ao mesmo tempo, a despolitização da política e a repolitização da sociedade civil. Despolitização da política a fim criar obstáculos concretos aos projetos societais contestadores das relações capitalistas de produção da existência e de limitar as possibilidades de mudança aos marcos de um reformismo político. Repolitização da sociedade civil a fim de transformá-la de instância política de disputa de projetos societais em instância prestadora de serviços sociais de interesse público.

Essa reversão no processo de ocidentalização acrescenta ao americanismo – que já vinha conformando a maneira de trabalhar e de viver do homem contemporâneo – uma nova dimensão. Ele passa a conformar, também, sua maneira de fazer política.

Como um dos elementos viabilizadores das metamorfoses das práticas político-ideológicas conservadoras do Estado capitalista na atualidade, as políticas sociais privatistas, fragmentárias, focalistas e localistas do neoliberalismo da terceira via vêm se constituindo em um poderoso instrumento de disseminação da nova pedagogia da hegemonia.

O Estado Educador e a Formação de um Intelectual Urbano de Novo Tipo para a 'Sociedade do Conhecimento'

O pensador marxista italiano Antonio Gramsci deixou-nos uma reflexão original a respeito do papel do intelectual e da escola nas sociedades contemporâneas. Suas reflexões a esse respeito começaram a ser utilizadas por educadores brasileiros na década de 1980, mas à medida que a hegemonia do pensamento e das práticas neoliberais foi se consolidando também no âmbito das universidades na década de 1990, tais contribuições foram sendo paulatinamente deixadas de lado.

---

5 Mesmo que Carlos Nelson Coutinho (2000 e 2002) tenha utilizado essa expressão para caracterizar as mudanças que vêm se processando na estrutura e na dinâmica das relações de poder no Brasil contemporâneo, pode-se generalizar sua sagaz percepção para o conjunto das formações sociais capitalistas na atualidade, respeitando, no entanto, suas especificidades locais.

No momento em que as reformas educacionais elaboradas pelos governos Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva já se encontram em execução, permitindo aos pesquisadores na área de política educacional uma visão mais sistemática de sua natureza, a retomada das análises gramscianas sobre os intelectuais pode contribuir para a compreensão da natureza e da direção tomadas pela educação escolar brasileira em geral e, em particular, pela educação superior, nos anos iniciais do século XXI.

Para Gramsci, todos os homens são filósofos, são intelectuais. Todos os homens têm uma concepção de mundo, integram organismos sociais, trabalham, realizam uma atividade criadora qualquer, deliberam sobre os rumos de sua vida. Assim sendo, todos os homens são 'intelectuais em sentido amplo'. Mas, se todos os homens são intelectuais, nem todos exercem na sociedade funções diretivas e conectivas, ou seja, nem todos os homens são 'intelectuais em sentido estrito'. A escola, um dos aparelhos privados de hegemonia responsáveis pela organização da cultura urbano-industrial, tem como tarefa primordial a formação desses intelectuais em sentido amplo e em sentido estrito. Sob o domínio capitalista, a escola forma majoritariamente esses intelectuais em conformidade aos ideais, idéias e práticas de exploração e de dominação de classe, embora, contraditoriamente, possa também, dependendo do nível da correlação de forças sociais em cada formação social concreta, em especial do nível de organização alcançado pelas forças populares, preparar intelectuais para a transformação dessas relações sociais.

A ênfase dada por Gramsci à formação de intelectuais decorre da sua percepção das profundas mudanças qualitativas ocorridas no capitalismo na passagem de sua fase de concorrência para a de monopólio. Para ele, no mundo contemporâneo, com a socialização do trabalho (generalização das relações de assalariamento) e a socialização da participação política (com crescente organização das massas urbanas), a supremacia do capital sobre o trabalho passa a se exercer de forma mais equilibrada por meio da coerção e do consenso, pela força e pelo consentimento. A dominação burguesa passa a se realizar numa dupla e concomitante direção: por meio do aparato legal e militar do Estado e também pela implementação de políticas públicas de regulação das relações sociais gerais e pelos aparelhos privados de hegemonia, que em diferentes graus de consciência coletiva difundem, na sociedade civil, as idéias, ideais e práticas burgueses para o conjunto de sociedade. A classe burguesa e seus aliados passam a exercer, na atualidade, um importante papel na conformação social. É nesse sentido que ela passa a constituir-se, além de classe dominante, em classe dirigente, pois para o exercício dessas novas atribuições necessita de intelectuais, seus funcionários para funções de hegemonia.

É na conceituação de 'intelectual orgânico' que a originalidade do pensamento gramsciano tem sua maior expressão. Com esta noção, Gramsci dá ao conceito de intelectual uma importante conotação política, que nos ajuda a entender o papel estratégico deste e, também, da escola contemporânea que os forma, nos processos de conservação e de transformação social.

Para Gramsci, nas sociedades urbano-industriais, o modo de ser do intelectual caracteriza-se pela sua inserção ativa na vida prática como construtor, organizador e 'persuasor permanente', e ele, quer para a conservação, quer para a transformação, deve se constituir simultaneamente em especialista e dirigente (Gramsci, 2000a: 53).

A formação de intelectuais orgânicos vem sendo, a partir do século XX, prerrogativa do Estado. Como instrumento de dominação de classes, o Estado capitalista educa, predominantemente, os intelectuais orgânicos da burguesia, utilizando-se do aparato escolar e dos demais aparatos culturais e políticos voltados, na sociedade civil, para a formulação e difusão da hegemonia burguesa. Educa, portanto, por meio de intelectuais orgânicos de diferentes níveis, o consentimento da sociedade em seu conjunto à visão de mundo dessa classe. A busca do consentimento passivo e ativo da sociedade em seu conjunto ao seu projeto de sociedade se efetiva em meio a um processo concomitante de luta, que se dá, de modo específico, em diferentes conjunturas e em diferentes formações sociais concretas, tanto no âmbito escolar como nos aparelhos culturais e políticos responsáveis pela disseminação de idéias, ideais e práticas contra-hegemônicas.

A ênfase atribuída à dimensão organizativa da atividade intelectual levou-o à rejeição das teses racionalistas que afirmam a autonomia do intelectual em face das relações de poder nas sociedades contemporâneas.

Essa função organizadora do intelectual apresentava nas primeiras décadas do século XX características distintas para os 'intelectuais urbanos' e 'intelectuais rurais'. Os primeiros desempenhavam importante papel organizativo no âmbito da produção, mas tinham pouca influência na organização social mais ampla. Os segundos, inversamente, intermediavam as relações entre as massas camponesas e o aparato estatal local, tendo, desta forma, um amplo papel organizativo no âmbito da sociedade.

Se bem que essas conceituações gramscianas de intelectual urbano e de intelectual rural possam ter dado conta da realidade mundial do início do século XX, quando, sob a organização científica do trabalho, um contingente já significativo de trabalhadores se aglomerava nas cidades industriais, mas ainda um grande

contingente de grupos subalternos permanecia no campo, especialmente nas formações sociais de capitalismo tardio, como a Itália; elas parecem adquirir uma nova dimensão à medida que o fordismo foi se difundindo mundialmente e as várias formações sociais concretas foram consolidando o seu processo de ocidentalização, ou seja, quando foi se estabelecendo uma relação mais equilibrada entre aparelhagem estatal e sociedade civil na estruturação das relações de poder, decorrente do processo de socialização da política.

Quanto ao intelectual rural, ele vai perdendo o seu peso político na estruturação de projetos hegemônicos conservadores à medida que a urbanização vai se generalizando. Já os intelectuais urbanos, com a generalização do fordismo como forma dominante de organização do trabalho e da produção, com o advento do Estado de bem-estar, com o estabelecimento das democracias parlamentaristas e o robustecimento das organizações da sociedade civil, passam a exercer funções organizativas que transcendem a dimensão da produção e se espraiam pela aparelhagem estatal, pelos diversos aparelhos culturais e políticos de hegemonia, com crescente ampliação de sua função política junto às massas trabalhadoras. Eles vão se transformando, cada vez mais, em prepostos da burguesia para o exercício de funções subalternas de hegemonia social e governo político (Gramsci, 2000a: 21).

A escola, no período fordista do capitalismo monopolista, sob a hegemonia burguesa, formou preponderantemente os intelectuais orgânicos, majoritariamente urbanos, com funções ampliadas. Do ponto de vista técnico, formou-os para a intervenção nas relações sociais de produção mais racionalizadas, em decorrência do uso mais diretamente produtivo da ciência nas relações de trabalho/vida. Do ponto de vista ético-político, difundiu, em boa parte, as premissas burguesas de sociabilidade, que tinham no americanismo seu fundamento. No sentido estrito, preparou parcela de homens contemporâneos para o exercício de funções políticas e ideológicas, na produção e nas superestruturas estatais, em tempos de Guerra Fria, capazes de enfrentar a disputa planetária de hegemonia entre dois grandes projetos de sociedade, o capitalista e o socialista, e trazer para o primeiro, por meio dos princípios e estratégias social-democráticas, grande parte de simpatizantes e militantes do socialismo.

De fato, a crescente complexificação das relações sociais urbano-industriais, no decorrer do século XX, foi exigindo dos intelectuais urbanos uma sempre maior na sua formação. Nos países capitalistas centrais, a educação básica generalizou-se e a educação superior expandiu-se e diversificou-se horizontal e verticalmente, realizando uma importante mediação entre burguesia financeira e industrial transnacional e mercados de trabalho locais.

Na periferia do capitalismo, nesse período, a complexificação da formação do intelectual urbano variou segundo a sua posição nas relações internacionais, o grau de urbanização e de industrialização alcançado por cada formação social concreta, o volume e a composição de sua população, assim como a estrutura e a dinâmica das relações de poder, em especial a diversificação dos aparelhos estatais e o nível de organização das massas trabalhadoras.

A crise de acumulação capitalista iniciada na década de 1970 e o declínio do socialismo como utopia social, provocados em parte pela falência do socialismo real, e em parte por construções ideológicas burguesas do fim da história, da única solução 'possível', pelas profundas mudanças qualitativas no processo de trabalho e de produção com base na difusão do paradigma produtivo da acumulação flexível, pela conquista da hegemonia da burguesia financeira no processo de acumulação de capital nos últimos anos do século XIX, constituíram-se nas determinações de mudanças na estrutura e na dinâmica das relações de trabalho, nas relações de poder e nas relações sociais globais, em nível internacional e no interior de cada formação social concreta e também em novas determinações nas funções dos intelectuais.

Sob a direção dos Estados Unidos e de seus maiores aliados – os integrantes do G7 –, os organismos internacionais, em especial o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), passam a exigir da formação desses intelectuais, no final do século XX e início do XXI, dois ingredientes indispensáveis: o incremento da sua 'capacitação técnica', com intuito de capacitá-los para contribuir com o aumento da produtividade e a competitividade capitalista no atual estágio de seu desenvolvimento e, concomitantemente, uma nova 'capacitação dirigente', que os prepare para a instauração de uma nova cultura cívica que, por meio da 'humanização' das relações de exploração e de dominação burguesas, contribua para a obtenção do consenso da maioria da população ao receituário neoliberal ortodoxo ou reformista, dos anos 1990 e 2000.

Embora, de modo geral, as reformas da educação escolar no mundo contemporâneo busquem atualizar as demandas do capitalismo para a formação de um novo intelectual urbano, nessa nova fase do imperialismo, o fazem de maneira específica, segundo a posição ocupada pelas várias formações sociais no capitalismo em seu conjunto. No centro, privilegia-se a produção de conhecimentos científicos e tecnológicos que acelerem a competição intercapitalista e a financeirização do capital neste estágio de difusão das novas tecnologias de informação e comunicação e que disseminem idéias que procurem explicar o fim da sociedade de classes e o advento de um mundo novo que atenua os conflitos e reforça os laços

da colaboração, da responsabilidade social.[6] Na periferia, privilegia-se a adaptação e operacionalização de inovações tecnológicas, de modo especial as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) produzidas nos países de capitalismo central, bem como acelera-se a difusão das novas teorias sociológicas produzidas no centro e estimulam-se práticas político-pedagógicas que reforcem a instauração de uma ocidentalização de tipo americana (Coutinho, 2000, 2002; Neves, 2005), em que a pequena política passa a se constituir no móvel central de concretização da grande política da conservação.[7]

Miriam Limoeiro Cardoso (2006) observou que, nas sociedades capitalistas dependentes, em que as relações que presidem a organização capitalista são superdimensionadas (a exploração é superexploração; a organização política oscila entre autocracia e ditadura; a concentração da renda e da propriedade é extremada, concentrando a riqueza, o poder e a cultura e ampliando exacerbadamente a polarização social), a dominação ideológica é maciça, por requerer a construção ininterrupta do consenso.

Tal característica, já presente no período monopolista fordista, se aguça nos anos de neoliberalismo ou de contra-reformas, quando a proteção ao trabalho é paulatinamente subtraída e o desemprego torna-se uma questão estrutural, demandando das classes dominantes a formação de prepostos que, dando coerência ao seu projeto de classe, se empenhem em conseguir e sedimentar a coesão social com base, predominantemente, no consentimento ativo dos dominados. As reformas da educação superior nos países de capitalismo dependente têm na dominação ideológica maciça uma importante determinação, já que este nível de ensino vem sendo, paulatinamente, responsável pela formação de parte considerável de intelectuais de tipo urbano em sentido estrito.

Na condição de formação social capitalista dependente, o Brasil vem seguindo, de um modo geral, na formação dos seus intelectuais, as mesmas determinações do conjunto das formações sociais situadas na periferia do capitalismo na fase fordista do imperialismo e também durante a fase atual da financeirização capitalista.

---

6 Merecem destaque as teorias sociológicas que, partindo da idéia do fim do capitalismo, advogam a emergência de uma sociedade do conhecimento, sociedade da informação, sociedade pós-moderna, sociedade pós-industrial ou mesmo de uma sociedade pós-capitalista.

7 "A grande política compreende as questões ligadas à fundação de novos Estados, à luta pela destruição, pela defesa, pela conservação de determinadas estruturas orgânicas econômico-sociais. A pequena política compreende as questões parciais e cotidianas que se apresentam no interior de uma estrutura já estabelecida em decorrência de lutas pela predominância entre as diversas frações de uma mesma classe política". (Gramsci, 2000b: 21)

Devido à forma tardia da sua industrialização (Mello, 1982) assim como de sua monopolização precoce (Coutinho, 1980), o Brasil desenvolve, desde os primórdios da urbanização e da industrialização, atividades formadoras de um intelectual urbano com fortes traços organizativos na nova sociedade, caracterizada pelo crescimento acelerado da vida nas cidades, em especial, nas regiões metropolitanas.

No entanto, a educação escolar do Brasil desenvolvimentista (1930-1980), embora voltada predominantemente para a formação desse tipo urbano nos centros dinâmicos da expansão capitalista, nas regiões Sudeste e Sul, manteve uma mescla ainda forte de uma educação direcionada para a formação de 'um intelectual de tipo rural', em especial nas regiões e onde a urbanização e a industrialização se processaram mais lentamente, e, também, em decorrência da ainda forte presença da Igreja católica na constituição da nossa formação social e da organização da nossa educação política e escolar. A estruturação do Brasil urbano-industrial se faz mantendo, em boa parte, a arquitetura e a dinâmica do Brasil agrário. A estruturação da educação escolar brasileira reflete este imbricamento entre o jesuítico e o laico.

Mesmo assim, sob a direção da burguesia industrial brasileira, em 'parceria' com a Igreja católica, foram realizadas nos anos de ditadura militar reformas educacionais de cunho modernizante, para aumentar o patamar mínimo de escolarização das massas trabalhadoras, ampliar horizontal e verticalmente a formação técnica dos intelectuais, estreitando os laços entre modernização e produção e disseminação do conhecimento de natureza científica e tecnológica e difundir, simultaneamente, no aparato governamental e na sociedade civil amordaçada, as doutrinas da segurança nacional e do Brasil potência. A reforma universitária de 1968 e a Lei n. 5.692, de agosto de 1971, que reestruturou a educação escolar fundamental e média, são exemplares nessa direção.

A ambigüidade na formação do intelectual brasileiro foi se resolvendo lentamente à medida que o Brasil generaliza seu processo de urbanização, moderniza e integra seu aparato produtivo e, concomitantemente, completa seu processo de ocidentalização,[8] com a burguesia assumindo de modo mais abrangente seu papel de dirigente (Martins, 2007). E, ainda, quando após a ditadura militar, a Constituição

---

8 Carlos Nelson Coutinho (2002) observa que o Brasil emerge da ditadura militar de 1964 como uma sociedade peculiarmente ocidental, com a consolidação da sociedade civil a partir do final dos anos 1970 e primeira metade dos anos 1980. Segundo este autor, "trata-se, decerto, de um 'Ocidente periférico', como Gramsci, nos *Cadernos do Cárcere*, designava países como a Itália, a Espanha, Portugal e a Grécia de seu tempo, sem excluir a própria França. Em suma: um 'Ocidente' atravessado por 'Orientes'" (Coutinho, 2002: 58).

Federal de 1988 dá lugar ao Estado de direito e a classe trabalhadora, de fato e de direito, conquista a autonomia sindical.

Este processo ambivalente da formação do novo intelectual urbano brasileiro sofre nova inflexão quando o capital financeiro passa a assumir a direção do processo de reprodução ampliada do capital, quando a difusão do paradigma da acumulação flexível intensifica a adoção de novas tecnologias de informação e de comunicação, quando se inicia o desmonte do Estado do bem-estar, quando, enfim, o país prepara-se para incorporar as novas determinações econômicas e ético-políticas do capitalismo mundial em sua mais recente fase de desenvolvimento.

Entre as estratégias adotadas pela burguesia brasileira, a partir de 1990, para a atualização da formação de um intelectual urbano de novo tipo, nos moldes de uma sociabilidade neoliberal, as reformas educacionais têm papel estratégico, já que a formação desse novo intelectual requer, na sua dimensão de especialista, o aprofundamento do processo já iniciado nos anos de fordismo de aumento do patamar de escolarização do conjunto da população, bem como um estreitamento da relação entre educação e trabalho alienado – maneira como a burguesia concebe a necessária relação entre trabalho e educação escolar nas sociedades capitalistas contemporâneas.

Efetiva-se, desde então, a submissão mais aguda da escola aos objetivos da empresa. As ações governamentais a partir dos anos de 1990 perseguem este fim e a pedagogia das competências vem se constituindo em instrumento teórico para a sua viabilização (Ramos, 2001). A escola torna-se mais imediatamente interessada, ou seja, muito mais pragmática. Ela se limita, em nível cognitivo, a desenvolver habilidades que, em graus diversos, apequenam a atividade criadora das novas gerações. Ela, embora já integre um contingente mais expressivo da classe trabalhadora, o faz de modo a inviabilizar a construção de uma crítica às relações de exploração e de dominação a que está submetida.

As reformas da educação tecnológica e da formação técnico-profissional; o empresariamento da educação superior; as mudanças na formação de educadores; os projetos de educação de jovens e adultos, nos governos FHC; as matrizes para a formação continuada de professores da educação básica e a reforma da educação superior do governo Lula têm, nesse estreitamento da relação entre educação e trabalho alienado, uma forte determinação.

As políticas governamentais, nos anos de neoliberalismo ortodoxo ou reformado, vêm buscando também sedimentar entre as várias frações da classe trabalhadora a ideologia da educação como panacéia e a ideologia da empregabilidade.

A primeira, levando-as a acreditar que quanto mais treinada e educada a força de trabalho, melhor o desempenho da economia, mais qualificados os empregos, mais justa a distribuição de renda. A segunda, difundindo a idéia de que, quanto mais capacitado o trabalhador, maiores as suas chances de ingressar e/ou permanecer no mercado de trabalho. Seduzida, em grande parte por essas ideologias, a classe trabalhadora passa a investir na melhoria dos seus padrões de escolarização sem ao menos refletir sobre a natureza da educação escolar ministrada.

As reformas educacionais, e em especial da reforma da educação superior, em processo de implantação, contribuem, de modo significativo, para redimensionar a dimensão ético-política da formação do novo tipo de intelectual urbano. Elas vêm contribuindo para disseminar e consolidar a nova cultura cívica, na qual o cidadão, transmudando-se de sujeito de direito para assistente social, individual ou coletivamente, substituiu o Estado na promoção do 'bem-estar social', por meio de iniciativas de responsabilidade social. Os intelectuais orgânicos da "sociedade do bem-estar" (Giddens, 2001) precisam de um novo instrumental teórico-ideológico, que contribua para convencer a maioria dos brasileiros a aceitarem como naturais a perda crescente da nossa soberania nacional e popular, o processo intermitente de estagnação econômica, o crescimento do desemprego, da precarização das relações de trabalho, a instabilidade social e profissional, a privatização das políticas sociais, da perda de direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora, a exacerbação do individualismo e a da competição como estratégias de sobrevivência social.

Precisam, ainda, disseminar novos parâmetros e práticas democráticos, que possam inibir o confronto entre projetos antagônicos de sociedade e estimulem a conciliação de interesses irreconciliáveis, despolitizar a organização social com base nas relações de classe e estimular, inversamente, um associativismo circunscrito à defesa de interesses particularistas e localistas, diluindo com isto o potencial contra-hegemônico das lutas do proletariado.

Tornam-se imperativos na formação do intelectual urbano no Brasil de hoje: o acesso aos conhecimentos necessários à promoção da acumulação capitalista em formações sociais dependentes; os elementos teóricos e ideológicos para a elaboração de um novo homem coletivo, segundo os dois pilares básicos da ideologia burguesa contemporânea, ou seja, do ponto de vista econômico, a formação de 'um homem empreendedor', que atribua a si a tarefa de contornar os graves problemas decorrentes das configurações contemporâneas da produção capitalista em nosso país, tais como desemprego, subemprego, redução salarial, perda de direitos

trabalhistas e sociais e, do ponto de vista ético-político, 'um homem colaborador', que atribua a si, individualmente ou em grupos, a resolução dos graves problemas do crescimento da desigualdade social em nosso país, apresentando-se voluntariamente para, em níveis distintos de consciência, fazer a sua parte na consolidação da hegemonia burguesa, pela implementação de ações sociais de alívio à pobreza.

O Estado Educador de um Novo Padrão de Sociabilidade na 'Sociedade do Conhecimento'

Na condição de educador, o Estado capitalista vem assumindo historicamente como função político-ideológica a complexa tarefa de formar um certo homem coletivo. Ou seja, conformar técnica e eticamente as massas populares aos padrões de sociabilidade burguesa.

Nas sociedades urbano-industriais, no decorrer do século XX, um novo conformismo social foi-se instaurando paulatinamente, tendo como elementos constitutivos: a) "a estandardização do modo de pensar e de atuar em dimensões nacionais ou até mesmo continentais"; b) sua formação "essencialmente de baixo para cima, à base da posição ocupada pela coletividade no mundo da produção", que permite novas possibilidades de autodisciplina; c) a organização da vida individual e coletiva fundamentada no máximo rendimento do aparelho produtivo, tendo o mundo da produção e o trabalho como referência; d) o máximo utilitarismo como referência de organização das instituições morais e intelectuais (Gramsci, 2000b: 259-261). Sob a hegemonia burguesa, o Estado capitalista teve, ao longo de todo o século XX, um papel fundamental na adaptação do conjunto da sociedade a uma forma particular de civilização, de cultura e de moralidade.

Nas duas últimas décadas do século XX, porém, diante das mudanças qualitativas operadas na organização do trabalho e nas relações entre as classes e frações de classe, o Estado capitalista, mundialmente, vem redefinindo suas diretrizes e práticas, com o intuito de reajustar funções educadoras às necessidades de adaptação do homem individual e coletivo aos novos requerimentos do desenvolvimento do capitalismo monopolista.

O novo homem coletivo dos anos iniciais do século XXI vem sendo educado em todo o mundo, e também no Brasil, segundo os preceitos da ideologia da responsabilidade social que, fundamentando a construção da Sociedade do Bem-Estar, difunde os valores necessários à conformação ético-política do novo capitalismo neoliberal de face humanitária.

A ideologia da responsabilidade social, mais do que alicerçar a filantropização da questão social, realiza de fato uma profunda reforma intelectual e moral do homem individual e coletivo contemporâneo, com intuito de perpetuar, sob nova roupagem, a dominação burguesa neste século.

Para difundir internamente essa nova ideologia da conservação – ideologia orgânica da nova pedagogia da hegemonia – foram efetivadas mudanças qualitativas nos mecanismos e nas estratégias de legitimação social executadas diretamente pela aparelhagem estatal e por sujeitos políticos coletivos no próprio âmbito da produção e na sociedade civil brasileira.

No âmbito da produção, os trabalhadores que se mantêm empregados, além de serem contemplados com as aplicações atualizadas dos princípios e diretrizes psicológicas que embasam as relações humanas no trabalho, são 'convidados', juntamente com seus patrões, harmonicamente, a realizar na sociedade civil os denominados programas de responsabilidade empresarial, doando aos projetos sociais da empresa horas de seu trabalho. Dessa forma, o trabalhador contemporâneo, paulatinamente, abdica sua função militante e transmuta-se em voluntário. Em seu ambiente de trabalho, ele se transfigura em um cidadão colaborador que abdica o enfrentamento ao patrão na defesa de seus direitos de cidadania e de suas condições de trabalho, corroborando as análises gramscianas sobre a nova forma de estruturação da dominação burguesa nas sociedades urbano-industriais, que salientam que a hegemonia, embora se estenda a todo o tecido social, inicia-se no próprio ambiente produtivo.

Embora os intelectuais orgânicos do projeto de sociabilidade neoliberal da terceira via se esforcem para difundir a idéia de sociedade civil como uma esfera autônoma do ser social, separada do mercado e do Estado, como uma esfera pública homogênea que deve ser alargada, democratizada, para atender o interesse comum,[9] as evidências históricas começam a demonstrar, em primeiro lugar, a indissociabilidade entre economia e política nas práticas dos vários sujeitos políticos coletivos; em segundo lugar, a reciprocidade entre sociedade política e sociedade civil na definição e execução das políticas públicas e, concomitantemente, nos rumos da organização dos vários sujeitos políticos que na sociedade civil, historicamente, disputam a hegemonia desta no Brasil.

---

9 Carlos Montaño (2002), Maria Lúcia Duriguetto (2003) e Virgínia Fontes (2006) realizaram importantes estudos sobre a gênese e a natureza do conceito de sociedade civil na perspectiva neoliberal.

Nessa perspectiva, a análise da difusão da ideologia da responsabilidade social no espaço brasileiro pressupõe a adoção do conceito ampliado de Estado gramsciano, no qual sociedade política e sociedade civil constituem um bloco histórico em permanente mutação e interação. O que significa dizer que a execução de ações aparentemente autônomas de responsabilidade social, realizadas por distintos sujeitos políticos coletivos na sociedade civil na atualidade, fazem parte de um projeto estatal de construção da nova sociabilidade do capital.

Do mesmo modo, as ações de responsabilidade social – preconizadas e executadas diretamente pela aparelhagem estatal – somam-se às atividades ditas autônomas dos parceiros na sociedade civil, constituindo novas e complexas arquitetura e dinâmica das políticas públicas e de um novo modelo de Estado.

Na aparelhagem estatal, o primeiro governo FHC (1995-1998) propôs-se e iniciou, de fato, a implementação dessa nova relação entre Estado e sociedade civil, por meio da reforma desta. O segundo (1999-2002), por sua vez, diante dos avanços já conquistados nessa direção, comprometeu-se a radicalizar a democracia, abrindo a participação coletiva com a intenção de construir uma nova 'sociedade de bem-estar' (Cardoso, 1998: 270). O governo Lula manteve a parceria como eixo norteador da nova relação entre Estado e sociedade civil, voltada predominantemente para o atendimento das populações 'excluídas' e para o aumento da autoestima dos cidadãos discriminados da sociedade brasileira.

Pode-se afirmar que foram esses os princípios norteadores de todas as políticas sociais governamentais que, nos últimos 12 anos, efetivaram a desresponsabilização direta e universal do Estado brasileiro pela proteção ao trabalho e estimularam o desenvolvimento de um associativismo prestador de serviços sociais de 'interesse público' em oposição ao associativismo majoritariamente reivindicativo de direitos da década de 1980.

Além da nova estruturação da aparelhagem estatal – na qual as políticas sociais desempenham um importante papel educador na construção desse novo associativismo 'de interesse público' –, o consentimento ativo da população brasileira a esse novo associativismo burguês foi obtido por meio de ações culturais e políticas de diferentes tipos implementadas, concomitantemente, por diferentes sujeitos políticos coletivos adeptos da ideologia da responsabilidade social.

O primeiro grupo de ações dirige-se à difusão de valores constitutivos da nova ideologia no conjunto da sociedade. Sendo assim, as atuações da mídia, da escola e das igrejas vêm se destacando. São emblemáticas as ações de responsabilidade social desenvolvidas pelas Organizações Globo – Criança Esperança, Ação Global,

Amigos da Escola, Portal do Voluntário, *Merchandising* Social e Geração da Paz; a explicitação, nas reformas educacionais, de conteúdos e atividades de estímulo à busca de uma coesão social, fundamentada nas teses harmonicistas da concertação social; e a participação da Igreja católica no desenvolvimento de programas de responsabilidade social dos governos FHC e Lula e a ênfase atribuída às ações sociais de iniciativa própria.

O segundo grupo de ações dirige-se à promoção da repolitização dos aparelhos privados de hegemonia da classe trabalhadora, rebaixando o nível de consciência política atingido nos anos 1980, por meio da cooptação de lideranças e de frações substantivas das instâncias globalizadoras da classe trabalhadora comprometidas com a construção do modo socialista de produção da existência, no contexto dos anos de abertura política, em especial dos partidos políticos e do sindicalismo autônomo dos trabalhadores.

De um modo geral, pode-se afirmar (Fontes, 2006) que a organização social dos anos de neoliberalismo não caminhou majoritariamente para a construção de uma contra-hegemonia. Ela não se estruturou em associações de interesses capazes de, simultaneamente, manter sua autonomia de classe e penetrar nos espaços estatais para assegurar a generalização de tais reivindicações, realizando um procedimento denominado 'nacionalização' nem construiu um partido político voltado para a consolidação de sua organização em dois níveis: como instância de formulação conjunta de visão de mundo, de pensamento crítico e de elaboração de propostas capazes de tornar nacional um universo de questões e demandas com caráter distinto daquelas dos grupos dominantes.

Na conjuntura da década de 1990, coube ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) a tarefa política de reaglutinação da burguesia em torno de postulados e práticas do programa político conservador da terceira via. Já o Partido dos Trabalhadores (PT), abandonando a estratégia política de seus dez primeiros anos, com base na precedência da organização de classes sobre a representação eleitoral, associa-se, paulatinamente, a frações de classe burguesa e a setores reformistas da sociedade, na defesa de um capitalismo com justiça social, reunindo em torno de si várias correntes políticas comprometidas, na história recente, com o socialismo. De acordo com a recente trajetória político-ideológica do PT e do PSDB, pode-se afirmar que essas duas forças político-partidárias disputam entre si, hoje, a direção de um mesmo projeto societal, contribuindo decisivamente para fortalecer, com seus apelos à participação popular na construção de uma cidadania ativa, o ideário conservador mundial. Movimento semelhante – da esquerda para

o 'centro radical' – fez a Central Única dos Trabalhadores (CUT), classista da década de 1980, transformar-se em CUT cidadã, em uma trajetória que desloca o eixo de suas lutas do confronto para a colaboração, conforme propugnam os organismos internacionais, primordialmente, para os movimentos sociais da periferia do capitalismo.

O terceiro grupo de ações, que envolve mais diretamente os profissionais das áreas sociais, destina-se ao estímulo à criação de novos sujeitos políticos coletivos que, dedicados à defesa de interesses extra-econômicos e à execução de ações sociais apaziguadoras de conflitos, redirecionam o potencial contestador dos movimentos sociais.

Entre esses sujeitos políticos coletivos, têm papel de destaque os diversos aparelhos formuladores e difusores da ideologia da responsabilidade social do empresariado brasileiro e os grupos de interesse travestidos, paulatinamente, em ONGs, que vêm tendo, cada vez mais, formas conjuntas de atuação social.

Embora as ações sistemáticas da burguesia como classe dirigente remontem aos anos iniciais do Brasil urbano-industrial, é no contexto do capitalismo neoliberal da terceira via ou novo desenvolvimentismo que ela, sem abandonar sua atuação clássica na aparelhagem estatal, amplia consideravelmente a sua atuação na sociedade civil, por meio de um conjunto complementar de atividades.

Entre essas atividades, destaca-se o redirecionamento das funções sociais dos órgãos constitutivos do sindicalismo patronal. Se em conjunturas anteriores as ações patronais de obtenção do consenso se circunscreviam aos trabalhadores e a seus familiares, atualmente, assumindo os fundamentos da nova sociabilidade do capital, o sindicalismo patronal passa a atingir, com ações de responsabilidade social próprias ou com parcerias, as mais diversas, toda a população. Insere-se ainda, entre as práticas burguesas contemporâneas, a criação de organismos formuladores da ideologia da responsabilidade empresarial. Esses organismos vêm atuando com o objetivo de sistematizar idéias e projetos dentro do novo padrão de sociabilidade – convencer e mobilizar os próprios empresários dos mais diferentes setores da produção em torno dessa nova ideologia e disseminar na sociedade a idéia do compromisso do capital pela causa social. As organizações sociais que mais se destacam nessa nova função são o Grupo de Institutos, Fundações e empresas (Gife) e o Instituto Ethos de Responsabilidade Social.

Essa ação empresarial mais orgânica vem sendo executada pelos institutos e fundações de empresas criadas sob inspiração da ideologia da responsabilidade social e também por aqueles organismos da sociedade civil que, inaugurados em

décadas anteriores, foram recentemente convertidos a essa nova ideologia, merecendo destaque aqueles que vêm executando a política descentralizada do Estado gerencial, que fazem parte do chamado Terceiro Setor (Montaño, 2002).

De um modo geral, eles vêm exercendo várias funções simultâneas. Como espaços privilegiados de difusão do trabalho precário, absorvem um contingente expressivo da população majoritariamente urbana que, em vez de reivindicar coletivamente melhores condições de trabalho, premidos pela falta de emprego, viabilizam as políticas neoliberais de superexploração da força de trabalho. Como instâncias superexploradoras da classe trabalhadora, esses organismos também contribuem para o fortalecimento do apassivamento dos movimentos sociais. Como parceiros das ações de responsabilidade social dos governos, do empresariado e outros sujeitos políticos coletivos na sociedade civil, eles vêm se constituindo em instrumento fundamental de legitimação das relações sociais vigentes.[10]

Embora as políticas sociais no Brasil de hoje desempenhem um papel abertamente reforçador da forte hegemonia econômica e ético-política do capital, sob a direção do trabalho, elas podem, contraditoriamente, constituir-se, também, em instrumento de organização popular objetivando a construção de uma outra hegemonia.

A Massificação da Escolarização: a diretriz política da educação escolar para a 'sociedade do conhecimento'

Proposta pelo Banco Mundial e pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) para o século XXI, a massificação da educação escolar para os países de capitalismo dependente vem sendo implementada no Brasil pelos governos Lula, por intermédio da estruturação dos subsistema da educação profissional e tecnológica, do sistema de educação superior e do sistema de pós-graduação.

10 Estudo do IBGE revelou que, em 2002, já eram 276 mil as Fasfil – laicas e confessionais – atuando em nosso país (IBGE, 2004). O seu número cresceu em 157% no período que se estendeu de 1996 a 2002. Esse ritmo de crescimento certamente se mantém até os dias atuais, já que as políticas sociais preservam o mesmo formato e a mesma dinâmica daquelas traçadas a partir de 1995 – que as políticas sociais na atualidade, na condição de instrumento de difusão da nova pedagogia da hegemonia, configuram-se em veículo difusor da ideologia orgânica do padrão de sociabilidade burguesa em tempos de novo imperialismo.

Essa nova diretriz política se constitui em um aprofundamento das diretrizes neoliberais para a educação escolar, implementadas no Brasil a partir da segunda metade da década de 1990, pelos dois governos FHC.

De um modo geral, pode-se afirmar que esses dois governos tiveram como finalidades concomitantes no campo educacional: implementar uma nova política sistemática de educação básica e de um novo 'sistema nacional' de formação técnico-profissional; realizar o desmonte progressivo do aparato jurídico-político da educação superior (tecnológica, científica e artística); criar um novo marco regulatório para a educação tecnológica que se constitui em instrumento viabilizador da reforma da educação superior implementada sistematicamente pelo primeiro governo Lula, a partir de 2003.

Além dessas mudanças substantivas na estrutura e no funcionamento da educação escolar, um número ainda significativo de ações governamentais contribuiu para redirecionar a natureza da educação escolar do neoliberalismo do século XX, em especial os dois governos FHC, imprimindo à dinâmica educacional duas marcas principais: um caráter antipopular, resultante do emprego, no campo educacional, das diretrizes gerais da política social neoliberal – privatização, focalização, fragmentação e participação na execução; e uma direção mais imediatamente interessada na sua estruturação curricular (Gramsci, 2000a), materializada fundamentalmente pelas políticas direcionadas à melhoria da qualidade de ensino, entre as quais merecem destaque: o treinamento de dirigentes escolares, metamorfoseados em gerentes; a redefinição da política de formação de professores de todos os níveis de ensino; a definição de novas diretrizes e de novos parâmetros curriculares nacionais; as diretrizes para elaboração dos projetos político-pedagógicos escolares; e os mecanismos de avaliação do desempenho escolar, das instituições de ensino e do corpo docente.

Embora alicerçadas nas diretrizes políticas gerais dos governos neoliberais do final do século XX, a proposta de massificação da educação escolar subjacente às reformas governamentais em curso guarda algumas especificidades. Ela parte do pressuposto essencial de constatação, pelas classes dominantes, de que as sociedades contemporâneas concluíram seu processo de transição econômica, político-ideológica e cultural e se encontram em um novo estágio de desenvolvimento. O "mundo em rápido processo de transformação" se estabiliza em um novo modelo de sociedade – a sociedade do conhecimento, marcada: pela disseminação acelerada da segunda onda tecnológica, consubstanciada pelo uso intensivo das TICs que, segundo o Banco Mundial-Unesco, vem modificando "o modo como o

conhecimento é desenvolvido, adquirido e transmitido" e "tornando o diálogo permanente que transforma a informação em conhecimento e compreensão" em um diálogo fundamental (Unesco, 1998, artigo 12); e, concomitantemente, pelo aumento da desigualdade social mundial.

De acordo com esses organismos e parte significativa de teorias que explicam as mudanças atuais na estrutura e na dinâmica das sociedades contemporâneas, as sociedades do conhecimento substituem as sociedades industriais, uma vez que o capital físico perde importância como fonte de riqueza. A riqueza mundial deixa de estar "concentrada nas fábricas, na terra, nas ferramentas e maquinarias" e o "conhecimento, as habilidades e o engenho dos indivíduos" passam a ser decisivos para o desenvolvimento da economia mundial (BM, 2000: 17).

A relação de oposição entre capitalismo industrial e sociedade do conhecimento justifica, portanto, a criação nos os países 'em desenvolvimento e transição' de um outro modelo de educação escolar, mais eqüânime e flexível, que substitua a rigidez e o elitismo do "modelo universitário de tipo europeu", funcional a um outro estágio civilizatório.

As diretrizes políticas desse novo modelo passam a responder mais organicamente a essas novas determinações, dirigindo-se prioritariamente ao atendimento da crescente demanda por "profissionais formados em distintas especialidades e com diversa intensidade" (BM, 2000: 34) e o alívio da pressão dos 'excluídos'[11] dos benefícios sociais das sociedades "em desenvolvimento" que absorvem conjuntamente cerca de 80% da população mundial.

Sob a ideologia da sociedade do conhecimento, portanto, o capital, em nível internacional e local, empreende neste século uma submissão mais intensa da escola à produção capitalista e consolida sua hegemonia nos países de capitalismo dependente, evitando, desse modo, que a organização popular por direitos venha a questionar sua "única solução possível".

Para organizar essa 'nova' sociedade, o Estado mínimo dos anos de neoliberalismo ortodoxo foi reestruturado (BM, 1997). Seu "fundamentalismo de mercado", expressão cara aos intelectuais orgânicos da sociedade do conhecimento adeptos da terceira via e/ou do novo desenvolvimentismo (Giddens, 1999, 2001; Pereira, 2007), deu lugar a um novo Estado. Um Estado forte que, para além dos interesses

---

11 Fontes (2005), no capítulo intitulado "Capitalismo, exclusões e inclusão forçada", utilizando-se de formas variadas de abordagem da categoria *exclusão social*, procura refletir sobre a pertinência de sua utilização no capitalismo contemporâneo.

exclusivos do mercado, seja capaz de zelar pelo "interesse público" e, na condição de gerente da paz social, supervisionar o processo de instauração de uma sociedade meritocrática, promovendo a expansão da igualdade de oportunidades, independentemente da origem social de seus integrantes. E, ainda, um Estado forte que, na qualidade de guardião do interesse público, possa supervisionar o desenvolvimento de uma educação escolar capaz de oferecer capital humano para um novo mercado de trabalho mais diversificado e contribuir para a organização de uma nova cultura.

Para efetivar a massificação da educação escolar, o Banco Mundial e a Unesco, juntos, propõem a criação de 'sistemas diversificados e hierarquizados'. A expressão 'sistema de educação' já vinha sendo utilizada pelo Banco Mundial e a Unesco desde a última década do século XX, para justificar o desmonte do modelo de educação escolar até então vigente, estruturado, prioritariamente, com base em sistemas nacionais de educação pública.

A criação de sistemas diversificados e hierarquizados de educação escolar foi facilmente assimilada em nosso país, em boa parte, por nossa histórica dualidade educacional e, mais especificamente, pela utilização de 'parceiros' na execução das políticas educacionais, em especial, a Igreja católica, os empresários em geral e os empresários educacionais, bem antes da implementação das políticas sociais neoliberais.

A imensa diferenciação horizontal e vertical dos atuais sistemas de educação escolar sedimenta uma tendência a apagar gradativamente os limites existentes entre os vários níveis, ramos e modalidades de ensino, ao viabilizar atividades conjuntas de ensino básico e de nível superior, ao mesclar atividades de formação escolar regular com atividades de formação técnico-profissional, ao inserir atividades de formação inicial e de formação continuada no interior de um mesmo sistema.

Esse trânsito livre entre níveis de ensino, tipos de instituição, de cursos e de programas de naturezas distintas viabiliza, ainda, uma estruturação pedagógica de qualidade também hierarquizada, que tem como princípio norteador a educação ao longo da vida.[12] De acordo com o Banco Mundial e a Unesco, a educação ao

12 O princípio da educação ao longo da vida começa a ser sistematizado pela Unesco em 1996, no Relatório Delors, como um dos pilares da educação escolar contemporânea. Ele segue norteando as propostas educacionais do Banco Mundial e da Unesco para a estruturação dos sistemas de educação escolar em nível mundial e, especificamente, nos países "em desenvolvimento e transição" nos últimos anos do século XX e na década inicial do século XXI (Unesco, 1998; BM, 2000, 2003).

longo da vida, responde de modo mais adequado à curta 'vida útil' do conhecimento, das habilidades e ocupações inerentes à nova "sociedade do conhecimento", e à necessidade de atualização periódica das capacidades e das qualificações individuais (BM, 2003).

O termo massificação só recentemente foi empregado pelos Banco Mundial-Unesco. Ele surgiu na Declaração Mundial da Educação Superior no Século XXI, em 1998, para indicar uma tendência mundial de expansão desse nível de educação. No Brasil, os documentos governamentais têm preferido utilizar, para indicar essa diretriz política, a expressão "democratização da educação escolar". Entretanto, a denominação massificação parece começar a ser assimilada. A Exposição de Motivos do Anteprojeto de Lei da Reforma da Educação Superior já indaga: "Que nível de massificação seria aceitável para o sistema público de educação superior[13] para que ele continue a cumprir suas funções na pós-graduação e na pesquisa fundamental e aplicada?" (Brasil, 2006: 8).

A massificação da educação escolar ou a sua democratização, conforme escolha do governo brasileiro, tem como fundamentos os princípios da eqüidade e da meritocracia. A eqüidade seria conseguida por meio da flexibilização das oportunidades escolares e o mérito seria resguardado pela concessão de bolsas de estudo, de créditos educativos, de assistência estudantil, ação afirmativa e de inclusão social que possam garantir aos novos segmentos populacionais que chegam ao nível superior de educação escolar, em geral pobres, a ajuda necessária para garantir o acesso e a permanência nos cursos oferecidos pela rede pública ou privada de ensino.

Os princípios e diretrizes da massificação da educação escolar balizaram a implementação do subsistema de educação tecnológica e profissional, que se efetivou por meio de três movimentos concomitantes: o primeiro, que visou a recuperar a educação tecnológica de nível médio; o segundo, que teve por objetivo integrar formalmente o ramo tecnológico ao sistema de educação superior; e o terceiro, que teve como propósito dar maior organicidade, sob a direção do Estado, à política de formação técnico-profissional privatista e fragmentária proposta pelos organismos internacionais e implementadas pelos governos FHC, redefinindo assim "o pragmatismo exacerbado de suas ações" por meio de uma articulação mais estreita entre a educação geral e a formação técnica (Brasil. MEC/Semtec, 2004: 23).

Seguindo essas mesmas diretrizes político-educacionais, o Banco Mundial e a Unesco propuseram ainda para a educação escolar de nível superior a estruturação

---

13 Público aqui significa sistema de prestação de serviços de interesse público, quer sejam prestados em instituições públicas ou privadas com ou sem fins lucrativos.

de um 'sistema de educação terciária'. Embora na década de 1990 a expressão 'educação terciária' tenha sido empregada indistintamente por esses organismos como sinônimo de educação superior ou de educação pós-secundária, associada ao termo sistema, ela adquire significado próprio. A partir de 2003, a educação terciária passa a designar

> um nível ou uma etapa de estudos posterior à educação secundária. (...) Esses estudos se [efetivariam] em instituições de educação terciária como universidades públicas e privadas, institutos de educação superior e politécnicos, assim como outros tipos de cenários como escolas secundárias, locais de trabalho, ou cursos livres através da tecnologia [de] informática e grande variedade de entidades públicas e privadas. (Wagner, 1999: 135 *apud* BM, 2003: ix)[14]

O sistema de educação terciária se caracteriza pela diferenciação vertical e horizontal de sua organização. A diferenciação vertical consiste na introdução acelerada de novas instituições escolares. O que diferencia esse fenômeno da diversificação preexistente "é o vigor das forças que impulsionam para a diferenciação, o ritmo que ocorre este fenômeno e, também, a variedade de estabelecimentos que vão surgindo como conseqüência disso" (BM, 2000: 25). A diferenciação horizontal, por sua vez, resulta da propagação de agentes privados, de entidades sem fins lucrativos, de agrupamentos religiosos, de setores empresariais na condução do ensino.

Integram o sistema de educação terciária proposto pelo Banco Mundial e a Unesco: as universidades de pesquisa, as universidades interiorizadas ou regionais, os institutos profissionais, as universidades virtuais e a educação a distância, públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos, além das "novas modalidades (...) que transcendem as fronteiras conceituais, institucionais e geográficas tradicionais", em decorrência da segunda onda de inovações tecnológicas, representada pelas TICs (BM, 2003: 38).

Os principais atores e novas instituições surgidas deste novo "mercado da educação terciária 'sem fronteiras'" são as universidades de franquia, as universidades corporativas, as firmas de meios de comunicação, bibliotecas, museus e, por fim, os intermediários acadêmicos (BM, 2000: 38) e completam vertical e horizontalmente o leque de opções que esse sistema pode oferecer para acelerar o ingresso massificado de uma força de trabalho mais adaptada às exigências de um mercado de trabalho mais diferenciado das "sociedades do conhecimento".

---

14 As citações sobre o Banco Mundial e a Unesco em espanhol no original foram traduzidas por Neves e Pronko (2008).

Embora ainda não tão diversificado como o sistema de educação terciária proposto pelo Banco Mundial e a Unesco, e mesmo empregando outras denominações, o sistema de educação superior brasileiro, viabilizado pelos instrumentos jurídicos e políticos da atual reforma da educação superior, já se encaminha decisivamente para esse grau de diferenciação.

As universidades de pesquisa estão no "vértice da pirâmide educacional" e são, em geral, estabelecimentos públicos e, portanto, sem fins lucrativos (BM, 2000: 53). Sua meta primordial é alcançar a excelência na pesquisa em múltiplos campos de saber e oferecer educação de alta qualidade. Seguem padrões internacionais na concessão de diplomas e são extremamente seletivas quanto à admissão de alunos. A instrução que ministram, em geral para alunos de graduação e pós-graduação, destina-se aos estudantes mais preparados e mais estudiosos (BM, 2000). As demais instituições de educação superior tecnológicas, científicas e artísticas destinam-se, de forma hierarquizada, à formação de mão-de-obra especializada para o "novo mercado do conhecimento". Esta sempre crescente gama de possibilidades de oferta de vagas no nível superior de educação escolar consolida ampliando uma tendência já evidenciada nas décadas anteriores, de separação entre instituições de ensino e instituições de pesquisa e de redução considerável do papel produtor de conhecimento nos países 'em desenvolvimento'.

O sistema de educação terciária requer, por sua vez, uma nova estruturação curricular, com base no emprego estratificado de uma educação humanista ou de educação geral, de natureza científica e tecnológica. Para os organismos internacionais e, também, para o atual governo brasileiro, a educação geral se constitui em um excelente meio de preparação para carreiras mais flexíveis, que substituirão aquelas mais rígidas, voltadas à preparação de especialidades técnicas. Essa educação humanista ou geral deve ser ministrada em três níveis distintos: a) um nível básico, para todos os alunos da educação superior; b) um nível intermediário, destinado àqueles que realizam estudos especializados, profissionais ou técnicos; c) um nível intensivo, para os alunos excepcionalmente promissores e com uma orientação claramente intelectual, com intuito de formar uma base sólida a suas carreiras ou estudos altamente especializados (BM, 2000). A educação geral de nível intensivo deve ser ministrada nas universidades mais seletivas e se destinam à formação inicial e continuada de pessoas que irão ocupar ou já ocupam na sociedade posições de liderança. A educação geral de nível intermediário, por sua vez, deve ser ministrada nos institutos profissionais voltados para a formação de especialistas. A educação geral de nível básico, mais generalizada, será ministrada nas instituições que

se destinam a formar os profissionais para ocupar postos menos especializados no mercado de trabalho.

A educação de natureza científica e tecnológica proposta pelo Banco Mundial e a Unesco para os "países em desenvolvimento e transição" circunscreve-se aos cursos de pós-graduação nas universidades públicas e privadas. Embora não dispensem o financiamento privado, as atividades de pesquisa devem contar com um forte subsídio público e devem se direcionar predominantemente ao aumento da qualidade científica da educação básica e da produtividade dos pesquisadores e estreitar a cooperação entre universidade e indústria.

Essa natureza seletiva e pragmática da produção do conhecimento em nosso país pode ser melhor detectada por intermédio da análise do Projeto de Lei 7.200/2006, que consubstancia a reforma da educação superior e das diretrizes políticas do sistema de pós-graduação, inscritas do Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG 2005/2010). De forma hierarquizada e diversificada, a pós-graduação brasileira na atualidade tem como objetivos: fortalecer as bases científica, tecnológica e de inovação do país; formar docentes para todos os níveis de ensino; e, formar quadros para mercados não acadêmicos (Brasil. MEC/Capes, 2004: 55). Enquanto os dois primeiros objetivos já se incluíam entre os propósitos de planos anteriores, a formação de quadros para mercados não acadêmicos constitui-se numa especificidade deste novo plano.

Por formação de quadros para mercados não acadêmicos, o PNPG 2005/2010 entende a formação de profissionais para atuarem diretamente na produção, na aparelhagem estatal e em diferentes espaços da sociedade civil na nova "sociedade do conhecimento". Nessa perspectiva, a pós-graduação brasileira, que até então esteve voltada para a efetivação de atividades de pesquisa, passa a se constituir, também, de forma significativa, em espaço de formação de "capital humano" especializado para todos os segmentos do mercado de trabalho e de convivência social.

Na consecução dessas diretrizes de massificação da pós-graduação, o atual sistema de pós-graduação vem implementando: a criação de programas de mestrado voltados para a formação de professores para o ensino fundamental em serviço, em articulação com os sistemas de ensino; a institucionalização de mestrados profissionais; a criação de consórcios entre instituições de pós-graduação e empresas, para estimular o desenvolvimento de inovações tecnológicas; e a instalação de cursos na área de cultura em perspectiva multidisciplinar, para atender as demandas de diversos atores sociais. Dessa forma, a nova política de pós-graduação, ao mesmo tempo que restringe substantivamente o desenvolvimento da pesquisa

científica e tecnológica, limitando-a basicamente aos cursos de doutorado mais 'vocacionados', expande consideravelmente, em graus diferenciados, o número de intelectuais orgânicos da 'nova' ordem social.

As atuais propostas de massificação da educação escolar que vêm sendo implementadas na atualidade brasileira contam com o consentimento amplo da população, por atenderem parcialmente interesses de frações distintas da sociedade. Elas atendem ao mesmo tempo os interesses de frações das camadas populares de maior acesso à educação escolar e às atividades de formação técnico-profissional e atendem, simultaneamente, os interesses imediatos de setores empresariais de obtenção, a baixo custo, de uma força de trabalho minimamente capaz de responder positivamente aos atuais da aceleração do crescimento.

Essas reformas educacionais orquestradas pelo Estado gerente (indutor e supervisor de políticas) e democrático (administrador de pactos sociais) no Brasil do século XXI podem, a médio prazo, contraditoriamente, vir a ser questionadas pelos "novos incluídos escolares", à medida que estes venham a se dar conta do caráter estratificado de sua inclusão. Elas podem ainda ser questionadas por frações do próprio empresariado, na medida em que a escolarização massificada não atenda minimamente as exigências do novo padrão de acumulação do capital e da coesão social desta nova fase do imperialismo.

Política Brasileira de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) na Chamada 'Sociedade do Conhecimento'

Embora as instituições de apoio e fomento à pesquisa remontem ao período desenvolvimentista, foi só no contexto do processo da redemocratização política no Brasil que se concretizou a criação de uma pasta ministerial para tratar do desenvolvimento científico e tecnológico, em 15 de março de 1985. Apesar de já existirem órgãos específicos, dentro da administração pública, voltados para esse fim, a criação do Ministério se propôs a dar organicidade ao conjunto de políticas que incidiam sobre as atividades de Ciência e Tecnologia (C&T).

O novo bloco de poder, que vai se articulando no país a partir dos anos de 1990, passa a orientar o Estado a fim de preparar o país para uma nova inserção no cenário mundial, segundo as orientações dos organismos internacionais, em especial do Banco Mundial e da Unesco.

No que diz respeito às políticas de C&T, os organismos internacionais têm desenvolvido, ao longo das últimas décadas, uma atuação destacada com o objetivo

de viabilizar a inserção subordinada dos países periféricos no capitalismo internacional. Inserção caracterizada, principalmente, pela importação e adaptação de tecnologia desenvolvida nos laboratórios de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) dos países centrais, deixando os países periféricos numa posição dependente e com uma pequena margem para a inovação.

Embora já tenha passado quase uma década desde a formulação do Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1998/99 cujo tema foi, precisamente, "Conhecimento para o desenvolvimento", esse documento continua sendo fundamental para entender as políticas nacionais de ciência e tecnologia para o mundo 'em desenvolvimento', na medida em que estabeleceu as bases tanto das condicionalidades que acompanharam os programas de financiamento direto do banco nesses países quanto das orientações de política de documentos posteriores, que inspiraram numerosos governos na definição de suas políticas nacionais. Essas políticas fundamentam-se na constatação de que as sociedades 'em desenvolvimento' devem criar atalhos para contornar a histórica tendência a perpetuar a defasagem nas condições materiais para criar conhecimento – disponibilidade de capital, infra-estrutura e "recursos humanos qualificados". O atalho recomendado para contornar esse problema na atualidade é a aquisição de conhecimento produzido em países 'desenvolvidos', desde que associado ao esforço tecnológico local de busca das tecnologias mais apropriadas e da escolha, absorção e adaptação do conhecimento global disponível. Daí a ênfase na inovação como eixo das políticas públicas nacionais de ciências e tecnologia desses países. Seguindo essa diretriz geral, o Banco Mundial e a Unesco [15] recomendam para os países em desenvolvimento: melhorar a capacidade do país de absorção de conhecimento; fortalecer a capacidade de comunicação entre os diversos setores interessados; prover e captar informações visando ao controle de qualidade; acompanhar e assegurar o bom desempenho; assegurar os fluxos e refluxos de informação, embora reconhecendo a persistência de defasagens de conhecimento e de problemas de informação.

---

15 De forma coerente com as diretrizes sugeridas pelo Banco Mundial, ainda que no quadro de um discurso mais 'equalitário', a Unesco produziu em um dos seus principais documentos, a "Declaração sobre Ciência e o Uso do Conhecimento Científico", elaborada como resultado da Conferência Mundial sobre a Ciência – "Ciência para o século XXI: um novo compromisso" –, realizada em Budapeste, entre 26 de junho e 2 de julho de 1999. Essa conferência, organizada pela Unesco em parceria com o Conselho Internacional para a Ciência (ICSU), produziu também o documento "Agenda de Ciência – Estrutura para a ação", que "fornece expressão prática para um novo compromisso à ciência e pode servir como guia estratégico para sociedades dentro do sistema das Nações Unidas e entre depositários no mundo científico nos próximos anos" (Unesco, 1999: 8).

Seguindo essas orientações gerais dos organismos internacionais, uma nova política brasileira de C&T começou a ser definida, ancorada em medidas como a liberalização do regime comercial, a eliminação de barreiras à transferência tecnológica do exterior, as mudanças nas normas da propriedade intelectual e dos incentivos fiscais, tudo para estimular a modernização do sistema produtivo brasileiro visando a melhorar sua competitividade internacional, por meio do aumento da produtividade e das mudanças no gerenciamento direcionadas à obtenção da "qualidade total". Essa política buscava aproximar o setor privado da produção de C&T no país, objetivando, principalmente, a produção de inovações.

Assim, em 9 de janeiro de 1996, é criado o Conselho Nacional para Ciência e Tecnologia, mecanismo institucional incumbido de coordenar a política nacional de C&T, com o objetivo de melhorar a competitividade brasileira, estimulando a produção em P&D e a comercialização dos seus resultados, por meio de dois mecanismos: reorientação do financiamento público da pesquisa com a definição de áreas estratégicas prioritárias e promoção da parceria público-privada, cofinanciando a P&D privada e privilegiando, no financiamento, as parcerias.

Durante o primeiro o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998), foi concluído o processo de desmonte do aparato científico-tecnológico construído nos anos de desenvolvimentismo e começou a reforma do arcabouço institucional e jurídico para a implementação de uma nova política de C&T. Entretanto, foi no seu segundo mandato (1999-2002), que essa política ficou organicamente definida, por meio da introdução do foco na inovação.

Como parte dessa política e na tentativa de cumprir com o princípio de participação que embasa o novo papel do Estado no Brasil, desde 2000 começaram, no âmbito do Ministério da Ciência e da Tecnologia (MCT), a se organizar discussões com representantes de diversos organismos sociais para definir o papel do conhecimento e da inovação na aceleração do desenvolvimento econômico e social do país. A sistematização desse 'diálogo' deu origem ao *Livro Verde da Ciência, Tecnologia e Inovação*, como insumo para os debates da II Conferência Nacional da Ciência, Tecnologia e Inovação[16] incumbida da tarefa de elaborar Diretrizes Estratégicas para o setor até 2010 (Brasil. MCT, 2001). Essas diretrizes, por sua vez, foram sistematizadas no *Livro Branco: Ciência, Tecnologia e Inovação*, publicado em 2002

16 A Primeira Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia tinha sido realizada em 1985, ano de criação da pasta ministerial correspondente, com o intuito de ampliar a participação da sociedade brasileira na definição de uma política científico-tecnológica para o país (Brasil. CGEE, 3ª Conferência, 2006).

(Brasil. MCT, 2002). Ambos os documentos são fundamentais para compreender os rumos das políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação no Brasil, definidas naquele momento e validadas até hoje.

Por intermédio desses documentos torna-se claro que a ênfase da política de ciência e tecnologia recai sobre o objetivo de aumentar a produtividade do trabalho sob a ótica do capital, favorecendo e acelerando seu processo de valorização. Daí que a inovação tecnológica se constitua em objetivo central dos esforços nacionais nessa área e, ao mesmo tempo, em estratégia de inserção do Brasil na nova Divisão Internacional do Trabalho. De forma coerente às orientações do Banco Mundial para o conjunto dos países em desenvolvimento, cabe ao país adaptar a realidade nacional à ciência e à tecnologia formuladas internacionalmente, bem como contribuir para a geração de inovações que venham agregar valor à finança mundializada. Cabe destacar, ainda, que na visão do *Livro Verde*, a influência da CT&I na qualidade de vida constitui uma decorrência 'natural' do uso desta para o aumento da produtividade, ou seja, sustenta-se a idéia de uma relação linear entre CT&I, conhecimento, desenvolvimento (econômico) e bem-estar da população.

Nesse contexto, o conhecimento, entendido unilateralmente como avanço tecnológico, passa a se constituir em eixo central de qualquer projeto de desenvolvimento integrado à nova ordem mundial. Desse ponto de vista, o avanço do conhecimento implica, para o Brasil, capacitar a sociedade para sobreviver e prosperar na nova era em um duplo sentido: o da difusão horizontal do conhecimento necessário para a vida moderna e o do desenvolvimento vertical, de aprofundar a capacidade de P&D, formando quadros qualificados receptivos à inovação.

Dessa forma, o objetivo mais amplo da política científica e tecnológica, definida pelo governo FHC, passa a ser o de implantar um Sistema Nacional de Inovação, ou seja, um "conjunto de instituições e organizações responsáveis pela criação e adoção de inovações em um determinado país", segundo a definição da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE (OCDE *apud* Brasil. MCT, 2001: 16).

Para se chegar à implantação dessa política, foi necessário um trabalho de preparação que corresponderia a um longo período de transição de um padrão de organização social desenvolvimentista para um outro padrão de organização social neoliberal. Dessa forma, nos anos que se estendem de 1985 a 2001, o governo brasileiro procedeu a uma série de iniciativas de natureza legal, financeira e organizacional para ajustar a aparelhagem científica e tecnológica aos novos requisitos do processo capitalista de organização social. Entre eles: a reorganização do quadro

jurídico por meio de nova legislação (criação dos fundos setoriais,[17] regulação da propriedade intelectual, elaboração de legislação específica na área da informática, da biossegurança, da biodiversidade etc.); a reorganização institucional por meio da definição de novos mecanismos de gestão e fomento como a criação do Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE), dos Institutos do Milênio;[18] assim como a definição de uma nova estrutura de incentivos e fontes de financiamento (fundos setoriais).

Na mesma direção do seu antecessor, o primeiro governo Lula dá novos passos decisivos para a implantação da nova política de CT&I, com a aprovação de importantes instrumentos legais: a Lei de Inovação, a chamada Lei do Bem[19] e as Parcerias Público-Privadas (PPP), bem como a definição e implantação de políticas específicas, sintetizadas nas diretrizes da 3ª Conferência Nacional de Ciência,

---

17 A criação dos Fundos Setoriais, em 1999, constitui um exemplo paradigmático dessas orientações de gestão descentralizada e participativa da nova política de C&T. Dessa forma, os fundos setoriais se materializam como os catalisadores das mudanças da política de CT&I, promovendo a articulação público/privada, definindo as prioridades estratégias e consolidando um modelo de gestão no qual o Estado desliza de uma função de financiador e executor do desenvolvimento de C&T para a de planejador e coordenador de um sistema definido como público não estatal. Aliás, essas mesmas orientações de política se verificam no Plano Plurianual 2000-2003, que "prevê o direcionamento de 80% dos recursos destinados à informação e conhecimento, para o desenvolvimento tecnológico e engenharias; 18% para o desenvolvimento científico; e 1,6% para a difusão do conhecimento" (Baumgarten, 2002: 38).

18 A criação do CGEE, em 2001, por ocasião da II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação, também responde às mesmas orientações de política. Definido como "organização social" fomentada e supervisionada pelo MCT, com quem mantém Contrato de Gestão, o CGEE tem como finalidade "promover e realizar estudos e pesquisas prospectivas de alto nível na área de ciência e tecnologia e suas relações com setores produtivos, bem como realizar atividades de avaliação de estratégias e de impactos econômicos e sociais das políticas, programas e projetos científicos e tecnológicos, além de difundir informações, experiências e projetos à sociedade". Assim, ela se constitui como exemplo modelar de uma gestão ancorada na definição de um espaço público não estatal.

19 Originalmente Medida Provisória 255 de 1/07/2005, transformada em Lei n. 11.196 de 21/11/2005. Dispõe sobre novos incentivos fiscais que as pessoas jurídicas podem usufruir 'de forma automática', desde que realizem pesquisa tecnológica e desenvolvimento de inovação tecnológica incluindo, entre outras, as seguintes medidas: deduções de Imposto de Renda e da Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) de dispêndios efetuados em atividades de P&D; redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na compra de máquinas e equipamentos para P&D; amortização acelerada de bens intangíveis; redução do Imposto de Renda retido na fonte incidente sobre remessa ao exterior resultante de contratos de transferência de tecnologia; subvenções econômicas concedidas em virtude de contratação de pesquisadores, titulados como mestres e doutores, empregados em empresas para realizar atividades de PD&I (Brasil, CGEE, 3ª Conferência, 2006).

Tecnologia e Inovação, realizada em novembro de 2005 e organizada pelo CGEE em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia. Seguindo o mesmo mecanismo de seminários e conferências regionais preparatórias, desenvolvido para a edição anterior, os resultados dessa conferência ficaram registrados no documento "3ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação: síntese das conclusões e recomendações", que contém as principais orientações de política e estratégias de execução propostas para os próximos anos.

Boa parte da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (PNCT&I) destina-se à melhoria do desempenho inovador das empresas brasileiras e vem sendo efetivada por intermédio de ações que enfatizem o apoio governamental para a inovação no âmbito privado; ofereçam apoio direto às empresas inovadoras; utilizem os novos instrumentos (PPP e Lei da Inovação) para estimular o gasto privado em P&D e aprimorem o financiamento para as atividades de PD&I, tanto públicos como privados.[20] Essa política está ancorada no entendimento de que a PNCT&I deve considerar-se como parte da política econômica como um todo e, mais especificamente, como um dos elementos centrais da política industrial (Brasil. MCT, 2001: 79).

As ciências sociais e humanas também são alvo de redefinições em todo o mundo nas novas "sociedades do conhecimento". No Brasil, elas têm um lugar particular reservado no âmbito das políticas de ciência e tecnologia desenhadas nas últimas duas décadas.

Para além do questionamento implícito ao próprio estatuto científico, impulsionado pelos avanços tecnológicos que orientam o desenvolvimento social e que elas próprias estão fadadas a incorporar, as ciências humanas e sociais estão chamadas a produzir também conhecimento útil e aplicável, contribuindo "para a formulação, equacionamento, divulgação e avaliação de políticas públicas e sociais voltadas para a solução dos grandes problemas da sociedade contemporânea" (Brasil. MCT, 2001: 78), entre eles: a violência urbana, a organização comunitária e as novas formas de participação e representação de interesses de grupos nas cidades. Partindo de um diagnóstico inicial que constata a falta de uma nova forma de cultura urbana que tenha acompanhado o processo de urbanização acelerada vivido pelo país, cujas marcas características são as profundas desigualdades sociais, a oferta restrita de oportunidades de ascensão social, a existência de serviços

20 Com essa proposta, os trabalhadores, que até então não tinham assento nas instâncias definidoras da nova política científica e tecnológica brasileira, passam a 'participar' da política de CT&I como financiadores da produtividade e da competitividade nacional.

públicos de uso coletivo de baixa qualidade gerando um caldeirão de fermentação e explosão da violência urbana, a solução apontada constituiria o objeto de estudo e de atuação das ciências sociais e humanas redefinidas nesse novo contexto: a construção de uma nova forma de sociabilidade e de governo. Assim sendo, caberia às ciências sociais e humanas a formulação de projetos estratégicos que articulem "empreendedorismo e projetos sociais", por meio da experimentação de políticas públicas inovadoras e da ação de novos atores sociais (a sociedade civil organizada) na condução dos processos. Em suma, para além do alijamento de qualquer aproximação crítica de uma realidade retratada pela sua aparência, a função das ciências sociais parece se restringir, na perspectiva dessa política, à legitimação das políticas de desenvolvimento de capital social e de capital cultural necessários para a coesão social.

Esse panorama não se modifica substantivamente com a passagem do governo FHC para o primeiro governo Lula. Pelo contrário, este papel das ciências sociais é reafirmado e refinado nos documentos correspondentes às políticas de C&T do período. Assim, a principal tarefa das ciências humanas e sociais nesse contexto é a de desenvolver e avaliar estratégias de inclusão social, entendida como

> processo capaz de permitir aos mais pobres compartilhar dos benefícios econômicos, sociais, políticos e culturais produzidos, (...) possibilitando condições mais adequadas para a promoção de uma vida mais digna e cidadã para o conjunto de toda a população brasileira. (Brasil. CGEE, 2006: XX)

Para isso, o governo preconiza a promoção de tecnologias sociais, capazes de oferecer soluções para o desenvolvimento local, a partir da participação democrática e do empoderamento. Em outras palavras, cabe às ciências sociais assim redefinidas, fundamentalmente, a promoção de um novo homem coletivo, contemporâneo às novas condições impostas pela sociedade, definido por duas características básicas: empreendedorismo (para garantir o sucesso individual ou grupal) e colaboração (para assegurar a coesão social necessária para a vida em sociedade). Entretanto, essa importante tarefa terá nas instituições escolares um espaço específico de formação.

Em linhas gerais, são essas diretrizes técnicas e ético-políticas para a educação e para a ciência e tecnologia dos governos brasileiros para século XXI que consubstanciam, no espaço nacional, a proposta do capital para o mundo contemporâneo. Até o momento, essa proposta vem conseguindo o apoio de um amplo contingente da população mundial. No Brasil de hoje, ela vem há duas décadas assimilando gradativamente corações e mentes, tornando-se amplamente hegemônica.

Referências

BANCO MUNDIAL. *O Estado num Mundo em Transformação: relatório sobre o desenvolvimento mundial, 1997*. Washington: BM, 1997.

BANCO MUNDIAL. *Educación Superior en los Países en Desarrollo: peligros y promesas*. Washington: BM, 2000.

BANCO MUNDIAL. *Construir Sociedades de Conocimiento: nuevos desafíos para la Educación Terciaria*. Washington: BM, 2003.

BAUMGARTEN, M. Conhecimento, planificação e sustentabilidade. *São Paulo em Perspectiva*, 16 (3): 31-41, 2002.

BRASIL. Lei 9.394, 20 dez. 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial*, Brasília, p. 27.839, 1996. Seção 1.

BRASIL. Projeto de Lei 7.200/2006. Estabelece normas gerais de educação superior, regula a educação superior no sistema federal de ensino, altera as Leis 9.394, de 20 de dezembro de 1996; 8.958, de 20 de dezembro de 1994; de 30 de setembro de 1997; 9.532, de 10 de dezembro de 1997; 9.870, de 23 de novembro de 1999. Disponível em: <portal.mec.gov.br>. Acesso em: jun. 2006.

BRASIL. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. *3ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação: síntese das conclusões e recomendações***.** Brasília: Ministério da Ciência e da Tecnologia, Centro de Gestão de Estudos Estratégicos, 2006.

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. *Ciência, Tecnologia e Inovação: desafio para a sociedade brasileira – Livro Verde*. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, Academia Brasileira de Ciências, 2001.

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. *Ciência, Tecnologia e Inovação – Livro Branco*. Brasília: Ministério da Ciência, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação/Capes. *Plano Nacional de Pós-Graduação 2005-2010*. Brasília: Ministério da Educação/Capes, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. *Proposta de Política Pública para a Educação Profissional e Tecnológica*. Brasília: MEC, 2004. Disponível em: <www.mec.gov.br/semtec/educprof/ftp/PoliticasPublicas.pdf>.

CARDOSO, F. H. Avança, Brasil: mais 4 anos de desenvolvimento para todos. Proposta de governo. Brasília, 1998. (Mimeo.)

CARDOSO, M. L. Sobre a teorização do capitalismo dependente em Florestan Fernandes. In: FÁVERO, O. (Org.) *Democracia e Educação em Florestan Fernandes*. Niterói: Eduff, 2005.

CARDOSO, M. L. Sobre as relações capitalistas. In: LIMA, J. & NEVES, L. M. W. (Orgs.) *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo***.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

COUTINHO, C. N. *A Democracia como Valor Universal*. São Paulo: Ciências Humanas, 1980.

COUTINHO, C. N. *Contra a Corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 2000.

COUTINHO, C. N. A democracia na batalha das idéias e nas lutas políticas do Brasil de hoje. In: FÁVERO, O. & SEMERARO, G. (Orgs.) *Democracia e Construção do Público no Pensamento Educacional Brasileiro*. Petrópolis: Vozes, 2002.

DURIGUETTO, M. L. *Democracia: polêmicas, confrontos e direcionamentos*, 2003. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

FONTES, V. *Reflexões (Im) pertinentes: história e capitalismo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Bom texto, 2005.

FONTES, V. Sociedade civil no Brasil contemporâneo. In: LIMA, J. & NEVES, L. M. W. (Orgs.) *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

GIDDENS, A. *A Terceira Via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GIDDENS, A. *A Terceira Via e seus Críticos*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. V. 2. Os intelectuais. O princípio educativo. Jornalismo. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Orelha de Leandro Konder. Quarta capa de Norberto Bobbio. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000a.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. V. 3. Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política. Trad. Carlos Nelson Coutinho, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Orelha de Francisco de Oliveira. Quarta capa de Pietro Ingrao. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *As Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos no Brasil: 2002*. Rio de Janeiro: IBGE, Gerência do Cadastro Central de Empresas, 2004.

MARTINS, A. S. *Burguesia e Nova Sociabilidade: estratégias para educar o consenso no Brasil contemporâneo*. Tese de Doutorado, Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2007.

MELLO, J. M. C. *O Capitalismo Tardio*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

MENDONÇA, S. R.; NEVES, L. M. W. & PRONKO, M. A. Capital social. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. (Coords.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2006.

MONTAÑO, C. *Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2002.

NEVES, L. M. W. (Org.) *A Nova Pedagogia da Hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.

NEVES, L. M. W. A reforma da educação superior e a formação de um novo intelectual urbano. In: NEVES, L. M. W. & SIQUEIRA, A. (Orgs.) *Educação Superior: uma reforma em processo*. São Paulo: Xamã, 2006.

NEVES, L. M. W. & PRONKO, M. A. *O Mercado do Conhecimento e o Conhecimento para o Mercado*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.

PEREIRA, L. C. B. Novo desenvolvimentismo e ortodoxia convencional. In: DINIZ, E. (Org.) *Pós-Consenso de Washington e Globalização*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. (No prelo)

RAMOS, M. N. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.

UNESCO. Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: visión e acción. In: CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA EDUCACIÓN SUPERIOR, 1998.

UNESCO. Declaração sobre ciência e o uso do conhecimento científico. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE CIÊNCIA, 1999. Disponível em: <ftp.mct.gov.br/Temas/budapeste/declaracao.htm>.

WOOD, E. M. *Democracia Contra Capitalismo: a renovação do materialismo histórico*. Trad. Paulo César Castanheira. São Paulo: Boitempo, 2003.

10

A Educação dos Trabalhadores da Saúde sob a Égide da Produtividade

Isabel Brasil Pereira

Parte da incessante busca de explicitar questões da conflituosa e contraditória relação trabalho, educação e saúde, este texto tem por finalidade refletir sobre a crescente potencialização de características do trabalho produtivo na saúde.[1] Com este objetivo, interrogamos: Qual a expressão atual da formação histórica capitalista em que ocorre a potencialização do caráter produtivo no trabalho improdutivo e de produção imaterial da saúde? De que formas e maneiras ocorre esta potencialização? Quais são as inflexões na formação do trabalhador da saúde? Que estratégias podem ser implementadas na formação em saúde como contraponto à educação para o capital?

---

1 A respeito da pertinência do trabalho produtivo, como categoria, para se refletir formas cada vez mais visíveis no trabalho em saúde, argumenta Isabel Brasil Pereira (2007): "Nas análises marxianas, os conceitos de trabalho produtivo e trabalho improdutivo, e o próprio valor útil de trabalho são analisados pela forma social do capital, não tendo como fundamental o seu conteúdo". Ressalta a autora que o trabalho em saúde possui, como todo trabalho, características específicas e universais. Como característica universal, inserido nas relações capitalísticas, contém o seu duplo caráter, manifestado como trabalho concreto e trabalho abstrato. Além disso, o trabalho produtivo para Marx é o que "no sistema de produção capitalista" produz mais-valia para o empregador ou que transforma as condições materiais de trabalho em capital. E, ainda, que se configure como produção imaterial e trabalho improdutivo na relação profissional da saúde/sujeito a ser cuidado, o trabalho em saúde, exercido em instituições privadas, gera mais-valia para os proprietários das empresas, caracterizando-se na relação profissional da saúde/dono do estabelecimento privado.

Não ignoramos que a educação destinada aos trabalhadores da saúde, na formação histórica que é o capitalismo, é marcada pela divisão social do trabalho, pela adaptação, pela dominação e apropriação de conhecimento e práticas de saúde desenvolvidas pelas classes subalternas. Como sabemos, essa apropriação seletiva, foi e é respaldada pela escolaridade, e pela regulação do trabalho. Educação e regulação que vão, por esse ângulo, atender à plasticidade do capital – à sua dinâmica no processo de acumulação, envolvendo a apropriação, e submissão à sua égide, do desenvolvimento científico e tecnológico e as formas de organização do trabalho – que conserva, embora com reconfigurações na relação tempo-espaço, as classes sociais, a exploração do trabalho e a produção de valor.

Ao mesmo tempo, pode-se também afirmar

> a existência de projetos de educação coletiva, em que a formação do trabalhador das classes subalternas não se pauta pelo ideário da dominação e adaptação. Projetos promissores, apesar de equívocos e ilusões quanto aos limites e possibilidades da educação em uma sociedade capitalista. (Bueno, 2008: 236)

São projetos contextualizados, historicamente, colocando em cena, de maneira clara e nítida, o homem como construtor da história, da sociedade e da política. A existência de projetos contra-hegemônicos de educação do trabalhador desvela as possibilidades de resistência (reação e criação) geradas no embate entre capital e trabalho, entre cultura civilizatória e cultura da barbárie, entre emancipação e adaptação (como forma resultante da alienação).

Diante das observações já conhecidas, aqui mencionadas, uma questão é sempre necessária: O que a educação dos trabalhadores da saúde destinada à emancipação, hoje, e em particular no Brasil, tem como impedimentos principais? Emancipação entendida no patamar de uma compreensão por parte do trabalhador da lógica a que é submetido pela sociedade administrada a favor do capital. Educação, portanto, como contraponto e como resistência ao existente.

O ponto de partida para essa questão é entender que a determinação desses impedimentos está nas relações sociais capitalísticas. Mas, tendo isso como premissa, como contribuir para a negação do projeto do capital e ao mesmo tempo vislumbrar possibilidades contra-hegemônicas na formação dos trabalhadores da saúde?

Para não cairmos em um idealismo ingênuo, convém avisar que tais reflexões não ignoram os limites da educação. Dito de outra maneira, não se pode perder de vista o conceito de totalidade, a idéia crítica central, ou seja, de que o capitalismo é um sistema-mundo, um conjunto global de relações – econômicas, políticas, científicas, culturais etc., em que há, cada vez mais, a dimensão prática e imaginária da

ideologia, que deve ser levada em conta, sempre, para que não pague o preço de se endossar mitos, fetiches e manipulações dos fatos e dados do real.

Neste caminho, sem perder as especificidades do trabalho na saúde e as contradições da relação trabalho e educação inserida nas características atuais do contexto econômico, político e social, estão sempre em pauta a violência, a exclusão e a inclusão forçada[2] promovida pela modernização conservadora e dependente do capitalismo no Brasil, em décadas recentes.

A Expressão Atual do Capitalismo e o Trabalho em Saúde

Ainda que sem pretensão de esgotar e mesmo de apresentar uma análise satisfatória sobre as relações capitalistas hoje, lembremos que o caráter de trabalho produtivo na saúde é instituído nas relações de produção e de reprodução do capitalismo. A potencialização deste caráter em atividades de produção imaterial e no trabalho improdutivo na saúde fortalece e é fortalecido pela crescente privatização da saúde, e pelo processo de formação dos trabalhadores sob lógica do capital humano[3] e da empregabilidade.

> Com isso, também o corpo humano e a saúde, pública e privada, entram na esfera do mundo da mercadoria, pela via concreta e simbólica, direta e imaginária, dissolvendo as diferenças e distâncias que poderiam separar o público e o privado, as formas de controle social e a relativa autonomia dos indivíduos. Não por acaso, enfatizam-se os ângulos sensacionais, tecnológicos, ultramodernos, caros e sofisticados, dos procedimentos médicos e cuidados com a saúde, em detrimento dos projetos públicos, nada espetaculares, mas atingindo a maioria da população de trabalhadores pobres do país, com uma constância implacável reduzidos a abstrações na matemática financeira e fiscal, desumanizada e desumanizadora, que define as recentes políticas econômicas como inserção subalterna do Brasil nos parâmetros ditados pelo Consenso de Washington e pelos interesses globais do capitalismo avançado. (Pereira, 2002: 192)

Assistimos, com os capitais financeiros voláteis ignorando fronteiras, nações e culturas regionais, a lógica objetiva e direta do mundo do mercado e da mercadoria querendo definir o todo da vida social, prática e simbólica, concreta e imaginária. Daí o debate em torno do enfraquecimento, ou mesmo inutilidade, do próprio

2 A respeito da expressão 'inclusão forçada', ver Virginia Fontes, 2005: 327.

3 A respeito do conceito de 'capital humano', ver Gaudêncio Frigotto, 1986.

Estado-nação ou das políticas nacionais diante do capital sem pátria, buscando apenas o máximo lucro e eficiência, sem considerações de ordem nacional, política ou cultural. A conseqüência direta do enfraquecimento do Estado-nação, em países pobres, dependentes e de modernização tardia e desigual, como é o caso do Brasil, é lançar à selvageria impessoal do mercado e da mercadoria milhões de trabalhadores pobres, com pouca escolaridade e qualificação profissional, manipulados pela comunicação de massa, sem uma rede adequada de proteção social garantida pelo Estado.

Por via direta de conseqüência, o Estado-nação enfraquecido e dependente, subalterno e atrelado à lógica global da especulação financeira, resulta em políticas de teor público na saúde, na educação, na tecnologia, na indústria, na agricultura etc., também enfraquecidas. Ou, ao que estamos também assistindo no processo veloz da dinâmica do capital, as tentativas cada vez mais em cena de produção de consenso sobre um processo de privatização do Estado, não enfraquecido do ponto de vista de ser capaz de financiar os interesses dos setores privados. Sem esquecer que as determinações mais amplas da economia e da política afetam, de maneira direta e incisiva, a vida cotidiana dos que trabalham, no campo e na cidade. No caso, diminuindo o campo do possível, empobrecendo a vida, diminuindo os horizontes da liberdade e da emancipação. Ou seja, reduzindo a imensa maioria dos trabalhadores à luta direta e diária, incessante, pelo básico para sobreviver, para não perder o emprego. Não poderia ser mais direta – lembremos aqui uma vez mais Marx – a distância que agora separa o reino das carências e necessidades humanas básicas e o reino possível da liberdade, da emancipação humana como horizonte do desenvolvimento material e técnico da sociedade.

> Em grande parte, como o demonstram Paul Hirst e Grahame Thompson (1998), trata-se de mitos envolvendo a própria globalização da economia, pois ainda há fortes bases nacionais e regionais dos investimentos e das concentrações de corporações financeiras e industriais, sobretudo nos Estados Unidos, na Alemanha e no Japão. E, por via de conseqüência, uma concentração muito menor nas áreas periféricas do capitalismo, como o Brasil e a América Latina, a Índia e a África. Bem ao contrário de uma 'livre' circulação de capitais e de investimentos financeiros, de forma 'democrática', em todos os quadrantes do planeta. (Pereira, 2002: 28)

Se há um jogo desigual da concentração e distribuição dos capitais financeiros voláteis, também há uma distribuição desigual dos ganhos tecnológicos e competitivos postos pela globalização. Seus defensores lembrariam que a competição tecnológica tende a ser benéfica, tanto para a sociedade quanto para os trabalhadores,

melhorando a qualidade das mercadorias e serviços, a qualificação profissional dos envolvidos, assim como sua participação na renda nacional bruta, que também tenderia a ser mais bem distribuída. Seria, se não fosse a comprovação, empírica e direta, de que na realidade as coisas não acontecem assim. Indo um pouco além, a nova ordem econômica global não supera, apenas repropõe, em outros termos, as heranças coloniais dos países pobres do Terceiro Mundo e da periferia do capitalismo.

É bom avisar que, na última década do século XX, apesar da ascensão do ideário neoliberal, há rejeição às teses e às iniciativas de privatização e de terceirização de ações nos serviços públicos, especialmente na assistência à saúde no âmbito hospitalar (Brasil. MS, 1998: 16) por trabalhadores da saúde, retratada em documentos originados de debates travados em fóruns coletivos.

> Rejeitar políticas e iniciativas de privatização ou terceirização que, a pretexto de 'enxugar' o aparelho estatal, reduzem investimentos e limitam o alcance das políticas públicas (...) Defender o combate ao perverso projeto neoliberal e à implantação do Estado mínimo (...) Exigir a retirada de todas as propostas de cunho neoliberal, constadas nos projetos de Reforma Administrativa, incluída a regulamentação das 'organizações sociais' (...) Apoiar a manutenção dos princípios da estabilidade para os servidores. (Brasil, 1998: 15)

O retratado acima, portanto, é registro de que há, por parte de representações da saúde, integrantes da sociedade civil, uma da rejeição às reformas implementadas no Estado brasileiro. Reformas estas que traduzem tendências mundiais em relação ao papel do Estado no capitalismo, sustentadas com base na premissa de esgotamento do mesmo como provedor de bens e serviços públicos sem o apoio do privado. Esse esgotamento, como nos ajuda a entender Santos (2000: 10):

> Estaria associado, ou seria conseqüência, de uma crise pela qual o Estado passa que é antes de tudo uma crise fiscal, a crise dos seus meios de financiamento. Então, há aí uma concepção inicial de que o Estado não é mais capaz de sustentar os serviços públicos que ele vinha prestando. Ele está estrangulado por falta de meios. E no momento que o Estado não tem meios, ele precisa também rever os seus fins. Esse é talvez o mote principal do processo de reformas, porque é a partir dessa verdade que vem do alto como uma revelação divina que tudo o mais se justifica, a partir dessa noção de crise do Estado se questiona o próprio papel do Estado de Bem-Estar Social.

Como sabemos, as políticas – traduzidas na maioria das vezes em Programas – chamadas a responder às demandas do processo de globalização do capital, foram batizadas no final dos anos 1980 como Consenso de Washington.

> O Consenso de Washington (*Washington Consensus*) é um termo cunhado pelo economista inglês radicado nos EUA John Williamson, em 1989, e sistematizado por ele durante seminário – bancado pelo governo americano – na capital do país em 1993. O alvo imediato foi a América Latina, que seria, nas palavras do economista, cativa de uma 'estrutura mental dos anos 60' – ligada a um modelo estatista, autárquico e protecionista de desenvolvimento. 'Os dez itens de mudanças preconizadas pelo economista inglês convergem com o receituário do FMI, Bird e BID: privatizações, controle das contas públicas, desregulamentação e abertura aos mercados internacionais, entre outras medidas'. (Soares, 2001)

O aprimoramento do controle político e econômico dos países hegemônicos sobre a América Latina durante os anos 1990 pode ser analisado pelos programas impostos como via única de acesso ao mundo da economia globalizada. Como nos ajuda a entender Soares,

> Embora alguns componentes desses programas tenham variado ao longo do tempo, são cinco os seus eixos principais: 1. Equilíbrio orçamentário, sobretudo mediante a redução dos gastos públicos; 2. abertura comercial, pela redução das tarifas de importação e eliminação das barreiras não tarifárias; 3. Liberalização financeira, por meio da reformulação das normas que restringem o ingresso de capital estrangeiro; 4. Desregulamentação dos mercados domésticos, pela eliminação dos instrumentos de intervenção do Estado, como controle de preços, incentivos etc; 5. Privatização das empresas e dos serviços públicos. (Soares, 1996: 23)

Indicadores oficiais, produzidos por instituições ligadas aos sistemas dominantes de poder, indicam a crueza da transição: de países dependentes para países inseridos de maneira subalterna no sistema-mundo do capitalismo, na nova divisão internacional do trabalho e no acesso à linha de frente das inovações tecnológicas, vitais para as economias e Estados nacionais, o que antes se chamava Terceiro Mundo vê aguçadas suas disparidades sociais, com o aumento da miséria, da concentração de riqueza, do desemprego, da violência urbana, e aumento também das doenças, psíquicas e somáticas, associadas à superexploração do trabalho, à competição ilimitada.

Tome-se como exemplo de análise crítica desse processo de competição ilimitada – que promove uma espécie de guerra de todos contra todos, à custa dos mais fracos, dos menos adaptados e, em geral, da saúde dos trabalhadores –, a associação que Cristophe Dejours faz entre a atual 'banalização da injustiça social' e a análise, já clássica, de Hannah Arendt sobre 'a banalidade do mal', quando do julgamento em Jerusalém de Eichmann. Ou seja, um modelo de competição e de busca pela 'qualidade total' que é cego para suas conseqüências sociais, ao promover a

competição ilimitada, a aceitação da injustiça, da violência e do sofrimento no trabalho, e uma noção individualista de disciplina e necessidade, naturalizando um processo que é, em todas as suas etapas, histórico e situado na imanência do tempo histórico (Dejours, 1999).

Note-se que a premissa de redução de gastos públicos, fundamental nas políticas neoliberais, orientou reformas em países como o Reino Unido e a Nova Zelândia e também o Brasil. Como exemplo, citemos as metas de 'superávit primário' (como a acordada pelo governo brasileiro para 2000, quando foi estipulado como meta um superávit de '33 bilhões de reais') para a "sustentação de compromissos com o pagamento de encargos da dívida pública". Portanto, trata-se de reduzir gastos públicos. A moral é límpida: o governo 'economiza' à custa do sofrimento da Nação, deixando de investir em práticas sociais, como Educação e Saúde.

Junto com outras formas de 'retração' do Estado, entra em cena a contratualização, ou *contracting out,* que se caracteriza por atividades que são dever do Estado, mas que podem ser desenvolvidas por empresas privadas. Esta forma de contratualização, em que o Estado comparece apenas como financiador, tem sido adotada por países que sofreram reformas administrativas de cunho neoliberal no aparelho de Estado.

> Esse processo de contratualização tem sido identificado na doutrina internacional como condizente com um tipo de Estado que é o chamado 'Estado Mínimo Comprador'. O Estado só tem cabeça, não tem braços, nem pernas. E a cabeça está em cima de um grande cofre. A cabeça manda abrir o cofre, tira o dinheiro e dá para quem executa o serviço. (Santos, 2000: 16)

O Estado mínimo comprador pode não só produzir uma administração enjaulada, como também, alerta ainda Santos, se transformar no modelo conhecido como Modelo Sem Cabeça (*headless chicken*, ou, literalmente, 'galinha sem cabeça'). Este modelo, que terceiriza atividades e se quer um comprador em escala mínima, não tem capacidade de fiscalizar ou regulamentar. Assim, ressalta o referido autor, o que se apresenta como modelo de eficiência gerencial e economia de recursos públicos apresenta dois problemas importantes: uma espécie de engessamento do sistema, que pode ir acompanhado de anomia social, tirando a iniciativa dos agentes e sujeitos envolvidos no processo. "O Brasil, infelizmente, tem caminhado no rumo da contratualização, de maneira perigosa. E tende a permitir que se instale uma administração *Headless Chicken*, em função de não estar adotando as cautelas necessárias" (Santos, 2000: 16).

Para o movimento de instituição do modelo neoliberal e do Estado mínimo comprador, é fundamental a formação de consenso. A finalidade é promover mudanças de comportamento no indivíduo e na sociedade. Mudanças essas afinadas com a noção de conseqüentes desdobramentos a favor da privatização, fazendo parte desta o financiamento pelo Estado de ações que serão executadas pelos setores privados. Nesse sentido, uma das alterações constatadas é a idéia de que os gestores públicos passem a agir com a lógica da gerência privada. "O que acontece é que, com essa mudança, a relação entre a entidade e o seu usuário também muda. E aí ele deixa de ser um simples cidadão, passando a ser o cliente daquela instituição, ou cidadão usuário, o que traduz uma visão privatista da relação do cidadão com o Estado" (Santos, 2000: 14).

A formação de um consenso sobre a qualidade da iniciativa privada para o 'cliente' é um processo ao mesmo tempo muito sofisticado e violento, que desqualifica a fundo toda a noção de serviço público que caminhe em alguma direção geral, coletiva e solidária, fazendo para isso largo uso dos meios sociais de comunicação de massa.

Na outra ponta do processo, a violência é sentida na vida cotidiana e no mundo do trabalho, mesmo que os sujeitos envolvidos não percebam, de fato e a fundo, o sentido do mal que os aflige. Ou seja, a miséria, os salários de fome, o desemprego, a falta de empregos estáveis, a redução de direitos duramente conquistados, vai acompanhada de toda uma ideologia voltada para o *glamour*, o espetáculo de massa, o sucesso, a riqueza fácil e farta, cujo cimento é o sujeito fragmentado, isolado, desorganizado, posto numa roda-viva que não entende, que não domina e que considera impossível de mudar. É nessa esfera, muito profunda e complexa, que se pode pensar a oposição entre Estado – capaz de prover o bem-estar das necessidades básicas e mais importantes de seus cidadãos – e empresa privada – como modelo gerencial e competitivo, voltado para a acumulação privada de riqueza e a promoção do sucesso de uma minoria, agressiva e adaptada, em detrimento de todo o resto.

No caso da Saúde, a privatização é reforçada também em lei, na medida em que

> O artigo 199 da Constituição fortalece a idéia, promulgando que a assistência à Saúde é livre para a iniciativa privada. Claro que se é livre, o Estado pode pagar e comprar esses serviços, ficando em segundo lugar o aspecto de que na saúde a atividade de setor privado é complementar ao público. Mas, o modelo passa batido sobre esse aspecto e se apega no resto. A partir daí fica mais fácil, nessas atividades de serviços não exclusivos, não ter órgão público, hospital público, nem instituições

públicas. O modelo, portanto, passa por uma premissa: que nessa área o Estado como tal é descartável e pode ser substituído pelo setor privado. (Santos, 2000: 14)

Entendendo o capitalismo como formação histórica e que o processo de sua continuidade requer que seus arautos pensem reformulações também nas estratégias da sua manutenção, algumas reconfigurações são propostas com base em críticas ao que se chamou de Consenso de Washington. Como exemplo dessas propostas (retratado pela impressa no Brasil), nos remeteremos ao fato de que no ano de 2001 uma comissão de especialistas reunida pelo Fundo Carnegie para a Paz Mundial (Ceip) e o Diálogo Interamericano (IAD), ambas as instituições de pesquisa de grande influência nos Estados Unidos, redigiu um documento batizado de Dissenso de Washington, mediante o reconhecimento de que o chamado Consenso de Washington não atingiu o "combate à pobreza e a busca de eqüidade" na América Latina.

A principal responsável pelo trabalho é Nancy Birdsall, que foi vice-presidente executiva do BID e agora (2001) é diretora do projeto Carnegie de Reforma Econômica. Especialista em pobreza na América Latina, de seus tempos no BID. Além de Nancy Birdsall, o trabalho foi preparado também por Augusto de La Torre, assessor para a América Latina e caribe do BIRD e ex-presidente do Banco Central do Equador, e por Rachel Menezes, pesquisadora do Diálogo Americano. A Comissão criada para a promoção à reforma nos moldes do estudo inclui funcionários do FMI, a economista brasileira Eliana Cardoso, o primeiro-ministro do Peru, Roberto Daniño, o senador chileno Alejandro Foxley e o ex-presidente boliviano Gonzalo Sánchez de Lozada, entre outros. (Rossi, 2001)

O princípio da eqüidade é mola mestra no discurso do Dissenso de Washington, assim como a tentativa de diferenciar esta proposta daquelas pregadas pelo documento conhecido como "Consenso de Washington".

Nancy Birdsall trouxe para o centro das propostas, batizadas de '10+1', a necessidade de se buscar a eqüidade. O 'Consenso de Washington' deixou de lado esse tema, para centrar suas propostas na eficiência econômica. Onze anos depois o 'Dissenso' afirma sobre o 'Consenso': 'Seus resultados foram desalentadores em termos de crescimento econômico, redução da pobreza, redistribuição de renda e condições sociais'. O trabalho do Ceip/IAD calça com números sua avaliação negativa. Por exemplo: o crescimento da economia na América Latina, nos anos 90, foi de apenas 3% ao ano na média 'apenas ligeiramente melhor que os 2% registrados na década de 80', chamada a 'década perdida' exatamente pelo baixo crescimento. Segundo exemplo: O desemprego aumentou. E a pobreza continuou sendo ampla e generalizada. A América Latina ingressou no terceiro milênio com quase 150 milhões de pessoas, mais de um terço de

sua população, vivendo na pobreza. Quase 80 milhões de pessoas padecem de pobreza extrema.

Embora se proclame como uma crítica às formulações e resultados do 'Consenso de Washington', o atual documento comunga com o mesmo ideário, pois reafirma que sem as reformas econômicas feitas nos anos noventa do século passado a situação seria pior.

O texto diz que 'análises minuciosas mostram que a renda per capita e a produção teriam sido inferiores, a instabilidade teria sido maior, e seriam agravadas a pobreza e a desigualdade de rendas'... O trabalho do Ceip/IAD propõe, por isso, o que chama de 'novo paradigma, que explicitamente abarca como objetivos centrais a eqüidade e a redução da pobreza, isto é, como fins em si mesmo e como mecanismos eficazes para promover um maior crescimento'. A avaliação dos autores, para centrar a proposta no combate à miséria, é a de que 'houve uma mudança diametral no discurso em torno dos objetivos econômicos e sociais', pondo ênfase mais na eqüidade que na eficiência econômica, ao contrário do que ocorria no início dos anos 90, quando nasceu o Consenso de Washington. (Rossi, 2001)

As propostas '10+1' contêm orientações direcionadas aos governos em instância nacional (dez delas) e uma que vai para os chamados 'países ricos'. As dez primeiras mencionadas dizem respeito: à disciplina fiscal regulamentada; à busca de equilíbrio para as expansões e contrações do mercado; às redes automáticas de proteção social; às 'escolas também para os pobres'; tributar mais os ricos e gastar mais com os outros; oportunidade para a pequena empresa; 'reforçar os direitos dos trabalhadores'; abordar abertamente a discriminação; sanear o mercado de terras rurais e serviços públicos a serviço dos consumidores. A orientação para os países ricos diz respeito: "à redução do protecionismo comercial dos países desenvolvidos, uma reivindicação permanente das nações em desenvolvimento, mas que não foi ouvida até agora" (Rossi, 2001).

De maior interesse para o nosso estudo, embora não ignoremos que essas propostas são articuladas entre si, são os itens "Escolas também para os pobres" e "Reforçar os direitos dos trabalhadores". Como nos informa ainda Rossi (2001),

4. Escolas também para os pobres – A ênfase na educação, como fator de redução da miséria e da desigualdade, é apontada como uma das duas recomendações que seriam consensuais (a outra é o combate à corrupção). Diz o texto que 'as reformas mais necessárias incluem maior autonomia para as escolas, menores subsídios para os que estão em condições de custear estudos superiores, e maior gasto público para programa pré-escolares'. Acrescenta que a política educacional deve também incluir a internet 'mediante subsídios públicos, para assegurar que cada escola e cada comunidade se beneficiem deste revolucionário método para aceder ao conhecimento'. O BID

chegou a calcular que o aumento de um ano na escolaridade da força de trabalho faria com que o crescimento econômico aumentasse um ponto percentual por ano, assim como se reduziria a desigualdade na renda.

A educação como redutora da miséria e conseqüentemente da desigualdade, apartada da crítica das relações sociais capitalísticas, é uma velha retórica liberal já conhecida e que a literatura crítica sobre a educação já tratou de negar e denunciar. Chama-nos a atenção o discurso sobre "menores subsídios para os que estão em condições de custear os estudos superiores", que não é novo nas intenções políticas governamentais, ao usá-lo como argumento para a privatização das universidades públicas. Hoje, no governo Lula, há programas destinados à ampliação das vagas no ensino superior, mas, a maioria delas está relacionada às universidades privadas, ou seja, o Estado financia o privado. Deve-se ressaltar, para que não se caia na armadilha de jogar fora medidas de fortalecimento ao sentido público, a abertura de concursos nas universidades e a política de ampliação da rede federal de escolas técnicas de ensino. Além disso, deve ser louvado, em programas propostos para o fortalecimento da formação por instituições públicas dos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde, a disposição política de que não sejam financiados por empréstimos de organismos internacionais, e sim com financiamento da União. Essa decisão política, entre outras considerações de ordem econômica, pode fortalecer a resistência ao sentido, por exemplo, da formação técnica, dado e implementado pelos já mencionados organismos internacionais do capital.

Quanto à profecia do BID, relacionando aumento de escolaridade da força de trabalho como fator instituinte do crescimento econômico, é nítida a construção do sentido da formação e da qualificação profissional contida nessa premissa, o que desvela e atualiza a Teoria do Capital Humano a que iremos nos reportar mais adiante.

Em relação ao tema dos direitos dos trabalhadores:

> 7. Reforçar os direitos dos trabalhadores. Diz o trabalho que 'os pobres padecem o custo de um regime trabalhista que dá pouca proteção ao trabalhador e tem excesso de regulamentações'. Completa: 'A América Latina precisa proteger mais ativamente o trabalhador, em relação aos seus direitos de associação e convênios coletivos, organizações sindicais mais independentes e democráticas, e mais proteção social para substituir a excessiva rigidez das regulamentações que freiam a mobilidade laboral e o crescimento'. O item relativo ao trabalho tem propostas como 'participação mais ativa do Estado, para proteger convênios coletivos' e 'As leis deveriam permitir contratos de trabalho por hora, de tempo parcial e por temporada', com as devidas garantias de proteção social proporcional. (Rossi, 2001)

É impossível não ressaltar a ênfase no contrato de trabalho por temporada, uma política já apontada como nefasta e que embora forçosamente aceita por parcelas do movimento sindical brasileiro, e pelos trabalhadores na iminência do desemprego, é vista pelos mesmos como uma adaptação ao existente. Não é opção do trabalhador, ao contrário, revela desespero e luta pela sobrevivência. Não à toa, o documento '10+1' é ambíguo ao defender ao mesmo tempo a proteção de convênios coletivos, pois a competitividade, a precariedade do trabalho e o caráter individualista de propostas como a do trabalho temporário tornam ineficazes o fortalecimento de convênios coletivos. É difícil crer nas boas intenções, aqui entendidas como aumento de direitos trabalhistas, do discurso de proteção do trabalhador por meio da defesa do direito de organizações sindicais, pois a nova ordem social já instaurou, inclusive em leis, arbitrariedades e, como já mencionamos aqui, a quebra de direitos trabalhistas (contestada pelas organizações sindicais democráticas).

Isto posto, o documento chamado de "Dissenso de Washington" parece propor a quadratura do círculo, valendo-se de uma espécie de mal-estar, por certo que na esfera das boas intenções liberais, diante dos brutais resultados das políticas da ortodoxia de mercado e da redução do Estado do bem-estar social.

A Relação Público-Privada na Saúde:
a produtividade da produção imaterial

Francisco de Oliveira, em "O Estado e o urbano" (1982), considera uma das melhores afirmativas sobre a relação público-privada a frase de Celso Furtado: "O Estado entra com a socialização das perdas e o privado com a privatização dos lucros". Ou seja, a relação público-privada acentua a dívida do Estado com a maioria da população e ao mesmo tempo favorece a esfera privada e a acumulação do capital.

Com olhar histórico sobre a relação público-privada na saúde, podemos observar a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que, por meio da implementação de políticas voltadas para o setor privado da saúde, constituiu-se em potente instrumento para a ampliação da dinâmica de acumulação no setor, na medida em que traduziu na relação Estado/saúde o financiamento para a produção de serviços do setor privado e subsidiando o investimento privado para a sua ampliação (Cohn, 1995).

Na década de 1980, observa-se um crescimento da rede do sistema privado. Ao mesmo tempo, fruto do processo de redemocratização da sociedade e do

movimento da Reforma Sanitária, em 1988, é proclamado pela Constituição Brasileira o Sistema Único de Saúde (SUS), que instaura, entre outros pontos, a seguridade social, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Dito de outra maneira, o cenário econômico, político e social de onde emerge o SUS, que advoga uma desmercantilização da saúde, apresenta-se contraditório e conflituoso, uma vez que há no Brasil um crescimento da rede privada de saúde, portanto dentro do processo de acumulação capitalista sustentado pelas políticas neoliberais, políticas estas traduzidas em parte nos anos seguintes por metas do Consenso de Washington. Como parte do pacote, institui à adesão o sentido da gestão de saúde orientada pela noção de custo/efetividade ou custo/benefício.

O SUS oriundo da Reforma Sanitária, como afirmado por Escorel (1998), pelas contradições inerentes ao movimento do capital, se torna, na sua implementação, um meio que não questiona a contento a ordem social capitalista. Não à toa, por exemplo, na última década do século XX e neste início de XXI, a proclamada Parceria Público-Privada (PPP), regulamentada em 2004, se torna objeto de adesão mesmo de alguns defensores das idéias da Reforma Sanitária.

Municípios e estados brasileiros embasados pelos entraves no financiamento do SUS, e pela necessidade de dar respostas rápidas às demandas de saúde da população, no período dos seus mandatos nos governos, vêem na PPP um modo mais rápido de execução de seus projetos. Porém, como sabemos, o que parece facilitar as ações públicas, na medida em que pode utilizar aparato já construído do privado, por outro, faz com o Estado financie o sistema privado, portanto possibilitando acumulação do capital, sem que, necessariamente, salvo algumas exceções, melhore as condições de saúde da população.

Uma estratégia que acaba fortalecendo a adesão da PPP como solução para as mazelas da saúde no Brasil, e que inflexiona a referida potencialização da produtividade na saúde é a concepção de 'capital social', mais precisamente nas relações entre os serviços de saúde (e também nas escolas) e outros setores da sociedade. Sem pretensão de realizarmos uma 'genealogia' do termo, mas por outro lado buscando elucidar o sentido a ele atribuído, chamamos a atenção para a explicitação de Pierre Bourdieu (1998), que em conceituação crítica, o traduz como recursos potenciais ou já em prática, articulados numa rede durável ou permanente de relações institucionais que possuem propriedades comuns. Ainda, segundo o autor, o capital social não se reduz a uma delimitação geográfica do espaço, e se, por um lado não pode ser relativamente reduzido ao capital econômico social, por outro, de maneira alguma, é independente dele (Bourdieu, 1998: 74).

Como nos ajuda a entender Neves (2006), na segunda metade dos anos 1990,

> os organismos internacionais (Banco Mundial, BID, Unesco) ressignificaram o conceito de capital social para incorporá-lo à sua estratégia de desenvolvimento social (...) O capital social adquire nesse contexto importância fundamental na redefinição do papel econômico e da legitimação social do Estado contemporâneo... na América Latina (...) o conceito foi introduzido pelos organismos internacionais e pelos governos sociais como elemento definido das políticas sociais, com vistas a aliviar a pobreza e fortalecer a coesão social. (Neves, 2006: 55)

O conceito, nessa nova versão de capital social, foi sistematizado para a América Latina por intelectuais dos organismos internacionais. Segundo essa nova formulação "o capital social é o conjunto de elementos da organização social encarnadas em normas e redes de compromisso cívico, que constitui um pré-requisito para o desenvolvimento econômico, assim como para um governo efetivo" (Neves, 2006: 54). Consta ainda nessa formulação que

> são elementos básicos do capital social: a autoconfiança que gera a confiança social, as normas de reciprocidade (associativismo) e as redes de compromisso cívico (responsabilidade social). Especialmente na América Latina, o conceito de capital social é dirigido às comunidades locais e às populações pobres. (Neves, 2006: 54)

A referida autora advoga que a noção de capital social, nesta ressignificação, visa a conservar as relações sociais capitalistas, redefine a sociedade civil como colaboradora do Estado, esvaziando-a como espaço de conflito e de luta de classe (Neves, 2006: 54).

A concepção de capital social neste movimento de conservar por meio de estratégias as relações sociais capitalistas serve à configuração da PPP como significativa para o desenvolvimento social e econômico de comunidades, lugares, locais, melhoria da qualidade de serviços prestados à população e fundamental para a expansão da atuação de instituições públicas para além do seu espaço físico.

A PPP acentua o caráter produtivo da saúde e o capital social produz consenso sobre os benefícios dessa parceria ao pregar idéia semelhante à da solidariedade orgânica durkheimiana (ou seja, exploradores e explorados unidos em prol de uma sociedade harmônica). Há que se ressaltar o sentido contrário desta 'coesão social' ao sentido das formas de redes de solidariedade a ser instituídas em sociedade socialistas, ou ainda redes de solidariedade entre as pessoas que partilham a vida em lugares onde as condições objetivas estão aquém do desejado (tipo 'rede de solidariedade', que o capitalismo tem cada vez mais devastado). Não à toa, a formulação

crítica de Bourdieu, já mencionada, para o referido termo o insere como 'capital', numa afirmação incontestável de uma 'rede social' que acentua o caráter de mercadoria às relações sociais.

No caso da PPP na saúde, o capital social, na sua ressignificação, não mais crítica e sim incorporada como benefício, 'fundamenta' a necessidade desta para enfrentar o fenômeno das péssimas condições de saúde da população e do adoecimento da sociedade. Ou seja, não são mais as relações sociais capitalistas que produzem essas mazelas, e sim um isolamento entre o Estado e a sociedade civil (no caso, leia-se parcela da sociedade civil protagonista da acumulação capitalista). Por via de mão dupla, possibilita a produção de consenso sobre a necessidade desta parceria, mesmo para uma parcela representativa da sociedade civil contrária a um Estado capitalista ou um Estado que financia e regula a favor do capital.

A Lógica da (De)Formação Humana como Capital:
o capital humano e a empregabilidade na saúde

Não é difícil constatar que vivemos numa época antiutópica por excelência, reduzindo à irrelevância ou ao mero esquecimento os projetos e as lutas emancipatórias vindas dos séculos XVIII, XIX e mesmo do início do século XX. Nesse específico contexto do capitalismo está a desesperança, que pode levar à postura de que nem mesmo há espaço para se imaginar uma superação da divisão social do trabalho. A heteronomia é a marca da nossa sociedade. A sociedade, por meio de instâncias mediadoras, 'forma' as pessoas "de um modo tal que tudo absorvem e aceitam nos termos desta configuração heterônoma que se desviou de si mesma em sua consciência" (Adorno, 2003: 182). A referência a Theodor Adorno para se pensar o contexto da formação em saúde no mundo contemporâneo não é por acaso, pois o referido autor tinha como preocupação

> não reproduzir esquemas mecânicos e fechados, incapazes de entender a dinâmica dos processos sociais e históricos em curso, e sim de construção de modelos críticos negativos e contraditórios, mediados e dialéticos, em que o pensamento não sucumba ao fetiche da totalidade fechada, à vida social alienada, às várias formas que a dominação assume em nossa época, evitando as ilusões, extremas e complementares, de um mundo objetivado e sem fissuras e de uma subjetividade plena, isolada e provedora de sentido ao mundo (...) Por essa via negativa, a tarefa do pensamento é evitar a reconciliação com o existente, a integração positiva à ordem violenta da dominação, perdendo com isso seu potencial crítico e sua capacidade de apontar para a

> emancipação, para a felicidade, para a vida não mutilada. Um trabalho crítico com e contra o conceito, passando ao largo da comunicação direta e ilusória, característica constante no pensamento de Adorno. (Pereira, 2008: 14)

A 'semiformação'[4] pautada pelo capital encontra na ressignificação da noção do capital humano uma aliada, na medida em que esta última coloca a educação no âmbito do valor de troca e ao mesmo tempo promove no trabalhador 'um modo de ser' adaptado (visto ser o capitalismo 'inexorável'), em que tem que ser competente e responsável pelo desenvolvimento econômico, social e político do país.

A respeito do 'capital humano' ('teoria' que se afirma na literatura econômica na década de 1950, e mais tarde, nas décadas de 1960 e 1970, no campo educacional), nos diz Frigotto:

> Trata-se de uma noção que os intelectuais da burguesia mundial produziram para explicar o fenômeno da desigualdade entre as nações e entre os indivíduos e grupos sociais sem desvendar os fundamentos reais que produzem esta desigualdade: a propriedade privada dos meios e instrumentos de produção pela burguesia ou classe capitalista e a compra, numa relação desigual, da única mercadoria que os trabalhadores possuem para proverem os meios de vida seus e de seus filhos – a venda de sua força de trabalho. (Frigotto, 2006: 45)

Theodore W Schultz (1973), ao elaborar mais detalhadamente o conceito de capital humano, utiliza análise comparativa entre o Produto Interno Bruto (PIB) e a escolaridade básica de países e parte da premissa de que "o componente da produção que decorre da instrução é um investimento, em habilidades e conhecimentos, que aumenta as rendas futuras semelhante a qualquer outro investimento em bens de produção" (Frigotto, 2006: 46). Nesse processo, as análises de taxa de retorno apontam para uma relação, mas não levam em conta os processos históricos, sociais e econômicos e as condições objetivas diferenciadas que determinam essa relação (Frigotto, 2006).

---

4 Semiformação (*Halbbildung*) é a determinação social da formação na sociedade contemporânea capitalista. Na perspectiva de Adorno, a sociedade deve ser apreendida em seu processo de reprodução material como reificação, mediação socialmente invertida. Cabe à teoria ir além do momento subjetivo da coisificação, ao decifrar as determinações objetivas da subjetividade. Não basta só revelar o sujeito por trás da reificação: ele é também socialmente determinado na adequação ao vigente, como sujeito que se submete e não experiencia as contradições sociais da produção efetiva da sociedade, ocultas ideologicamente na ordem social imposta pela indústria cultural. A educação não é idealista, para a emancipação, mas dialeticamente baseada na crítica à semiformação real e se orienta por possibilidades presentes, embora não concretizadas, na experiência das contradições da formação social efetiva (Maars, 2003).

É sempre bom ressaltar que a ciência sem estar inserida na história – daí uma das maiores a contribuições de Marx ao fazer essa inserção quando afirma que é o ser concreto das relações sociais quem produz o pensamento – deriva para métodos que embora possam contemplar uma lógica formal, deixam de lado as condições históricas, sociais e políticas do que se apresenta como fenômeno, ou como aparência.

A idéia do capital humano na saúde – o homem como recurso e a educação dos trabalhadores da saúde como insumo da mão-de-obra – ganha roupagem nova ao chegar aos anos 1990, e já neste início do século XXI. Para atender à chamada 'acumulação flexível', à 'reestruturação produtiva' e a outros fatores demandados pela atualização capitalista da relação da educação no embate trabalho *versus* capital, ele encontra nas noções de empregabilidade, qualificação flexível, qualidade total e na sociedade do conhecimento concepções que o ajudam a estar inserido no 'novo cenário' do capital. A empregabilidade, segundo Oliveira,

> No sentido mais comum, tem sido compreendida como a capacidade de o individuo manter-se ou reinserir-se no mercado de trabalho, denotando a necessidade do mesmo agrupar um conjunto de ingredientes que o torne capaz de competir com todos aqueles que disputam e lutam por um emprego. (Oliveira, 2006: 142)

Trata-se, portanto, como já analisado por diversos autores, de responsabilizar o indivíduo e a educação pelo movimento de se estar ou não inserido no mercado de trabalho. Como reafirma Marcio Pochmann (2001), a transição de um modelo de política econômica para outro, observada na dinâmica do capitalismo nas últimas décadas do século passado, trouxe implicações para a educação profissional, de maneira a enfatizar uma educação continuada, com ênfase na transferência tecnológica e na multidisciplinaridade de programas de qualificação. Dessa forma, o compromisso da educação profissional estaria se adequando às exigências de preparar o trabalhador, ao longo da sua vida ativa para competir para a empregabilidade, mais do que qualificá-lo para uma função estável de longa duração. Essa adequação deve-se a fatores como a busca de novas formas de gerenciamento da produção, objetivando novas formas de aumento da acumulação. Os processos de formação do trabalhador, portanto, são necessários, não sendo negados na manutenção da ordem capitalista, e sim adequados à sua dinâmica.

Na saúde, os adeptos da ressignificação da noção de capital humano na articulação com ideologia da empregabilidade assumem como imperiosa a formação dos trabalhadores, para o sucesso do Sistema de Saúde. Desse modo, a denúncia da naturalização de ações de saúde desenvolvidas por uma parcela significativa de

trabalhadores e a urgência em combatê-la é incorporada à educação para o capital, incluindo a necessidade também da educação básica para aqueles inseridos no SUS. Essa incorporação pela educação do capital de escolaridade básica para todos os trabalhadores que atuam no SUS promove contradições que não podem ser ignoradas ou somente apontadas por uma educação contra-hegemônica. Entre essas contradições, há o fato de ter aberto espaço para que os trabalhadores da saúde tenham esse direito, e de possibilitar maior financiamento pelo Estado de programas com esse fim. Por outro lado, esses programas vão sendo executados, na maioria das vezes, por meio de parcerias público-privadas, aumentando a possibilidade de agravamento da adesão ao ideário pertinente à mercantilização da saúde, da elegia do gerenciamento das ações de saúde e da redução de conteúdos a favor da formação humana na vertente civilizatória.

Há que se reconhecer que políticas governamentais, ao darem peso à formação de trabalhadores para o sucesso do SUS, possibilitam que projetos contra-hegemônicos ganhem também visibilidade. Porém, não podemos esquecer que grande parte dos educadores da saúde – mesmo que comprometidos com um sistema de saúde público e com a visão da importância da qualidade do trabalho em saúde ali desenvolvido – embora aliados no que diz respeito aos modelos mais progressistas de promoção e atenção à saúde, não possuem a mesma acuidade sobre a Educação. Desse modo, são relegadas a poucos interrogações como: Quais concepções fundamentam essa formação? Que conteúdos técnicos são esses que são reduzidos à 'correspondência' de alcance de 'determinadas' habilidades e atitudes? A quem serve a lógica e o sentido do 'saber ser' ali construído? Que conceito ou noção de educação que trata o ser humano como recurso e diz que os conhecimentos (fruto do trabalho da humanidade) apreendidos, e que serão aplicados numa prática social destinada à vida como é a saúde, devam ser entendidos como valor de troca, mercadoria? Com isso, no afã de promover aumento de escolaridade (com a qual compartilhamos), endossam-se 'novas aparências' de discursos e conceitos não tão novos, que incorporam o 'social', 'o modo de ser', sem identificar o caráter de adaptação ao capital neles contido. Há que se entender que, infelizmente, somente o fato de deslocar esses conceitos da lógica produtiva para uma prática social, improdutiva e de produção imaterial, que é a formação na saúde, não se consegue inverter o sentido da referida lógica sob a qual foram construídos. Isto porque, embora a educação possibilite na sua dinâmica espaços para a contra-hegemonia, ela só consegue fazer isso ao negar e superar concepções, métodos e teorias engendradas para reproduzir a ordem e a lógica do capital.

Para se desvelar o sentido da noção do capital humano articulado à empregabilidade na formação do trabalhador da saúde, há que se refletir como afirma Fontes (2005) sobre as formas contemporâneas de expropriação do trabalho pelo capital, tais como o vínculo contratual como condição para extração do sobretrabalho, em função da generalização da mais-valia e da subordinação real do trabalho ao capital; e a crescente penetração do capital, como relação social ou extração direta da mais-valia absoluta e relativa, em que a apropriação da produção social, seja pelo 'modo de ser' ou pelo 'modo de produção', determina todas as atividades humanas, inclusive a produção imaterial.

A educação dos trabalhadores da saúde para o capital, na sua versão contemporânea, quer no ensino via escola, ou em outros lugares sociais, alia uma aparente marca de 'união social' em prol da melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Para tanto, nada melhor que um conceito de que há necessidade de público e privado darem as mãos – por meio de uma rede de instituições públicas e privadas – para garantir escolaridade/formação profissional, com base na 'competência' e 'eficiência' adaptativa e competitiva.

Em Busca das Possibilidades de uma Educação dos Trabalhadores da Saúde como Resistência

Para aventar a hipótese de uma educação como resistência, pensemos, ao modo dialético, com Adorno, quando ressalta a necessidade da emancipação ser percebida como categoria dinâmica, como um vir-a-ser e não como um ser. Ele nos diz:

> Se não quisermos aplicar a palavra emancipação num sentido meramente retórico, ele próprio tão vazio como o discurso dos compromissos que as outras senhorias empunham frente à emancipação, então por certo é preciso começar a ver efetivamente as enormes dificuldades que se opõem à emancipação nesta organização do mundo. (Adorno, 2003: 181)

Entendendo a vinculação da educação para a emancipação como um sentido ético, o referido autor chama a atenção para o fato de que essa vinculação não passa pelos "bons conselhos ou pelo aperfeiçoamento moral, mas implica a necessidade de intervenções objetivas, materiais (Adorno, 2003).

Estratégia significativa para um projeto educativo contra-hegemônico é a inserção de conteúdos/temas em currículos da formação em saúde do tema 'políticas do SUS', numa abordagem que articule essas políticas a estratégias promovidas pela

dinâmica do capitalismo contemporâneo, evidenciando tensões e conflitos nesse processo. Ou seja, conhecimentos que discutam a configuração as tendências do Estado no capitalismo contemporâneo e as formas de adesão ao movimento do capital na atual formação histórica. Esses conceitos e abordagem devem fazer parte dos cursos técnicos de nível médio em saúde e de formação continuada (Educação Profissional em Saúde) e da Educação Superior, em níveis de complexidade pertinentes. Do ponto de vista de disciplinas, ou eixos temáticos, constituiriam uma articulação entre a Economia Política e a Política de Saúde. No caso da formação para a docência em saúde, ou seja, formação de educadores da saúde, esses temas devem integrar as disciplinas, ou eixos curriculares, Economia Política, Políticas de Saúde e Políticas da Educação.

Ainda no âmbito curricular na formação dos trabalhadores da saúde, a construção de um projeto contra-hegemônico em relação à produção da Ciência e da Tecnologia dirigidas para a saúde de toda a população requer conteúdos e abordagens que problematizem as políticas de ciência e tecnologia na esfera pública, sustentadas pelo Estado, cujas finalidades se orientem pelos interesses e necessidades públicas. Ou seja, fundo público investindo na Saúde Pública; pesquisa e produtos tecnológicos sendo realizados por instituições públicas, em que a formação se pautaria com base na perspectiva de concepção crítica da educação na saúde, como a de politecnia. A respeito, Pereira e Ramos (2006) refletem que:

> Essas instituições estariam inseridas na cadeia da pesquisa e da produção científicas com o diferencial dado pela proximidade com os processos diretamente produtivos. Isto as levaria a captar necessidades e potenciais tecnológicos, dinamizando, com maior intensidade e velocidade, a relação entre ciência, tecnologia e produção na esfera pública. Essa perspectiva difere frontalmente daquela em que as instituições de educação profissional são consideradas como espaços de produção mercantil de tecnologia, com propósitos, custos e ritmo adequados ao mercado. Ao contrário, a identidade dessas instituições se fortaleceria por meio de um projeto público que unificaria organicamente a formação de trabalhadores de nível médio e superior para a C&T, tendo como base uma formação integrada e politécnica. A produção de ciência e tecnologia nessas instituições não se resumiria aos processos de adaptação de tecnologias produzidas em países centrais do capitalismo; nem a formação profissional de nível médio e superior teriam o propósito de formar pessoas para o trabalho simples, características próprias de países de capitalismo dependente. O projeto que estaria em jogo, de fato, seria um projeto de nação, cujo desenvolvimento econômico e social se volta não para o mercado, mas contra ele em benefício da sociedade. (Pereira & Ramos, 2006: 68)

Um projeto educativo na saúde que tenha como finalidade a emancipação precisa traduzir em conteúdos e práticas curriculares o desvelamento do processo de 'semiformação' em curso na sociedade capitalista contemporânea. Isto significa que o ensino na saúde deve, como nos afirma Pereira (2008):

> Pensar a cultura, as políticas de educação, a ciência e tecnologia, tão necessárias aos projetos sempre em construção de formação dos trabalhadores da saúde. Projetos esses que não confundam os diversos níveis de complexidade de conhecimento com banalização do conhecimento em função da ideologia que poderíamos chamar de divisão social (e portanto de classe) da aquisição do conhecimento produzido pela humanidade. Combater essa ideologia na educação do trabalhador que cursa a Educação Técnica na Saúde significa, por exemplo, negar uma menoridade em relação ao conhecimento produzido pela humanidade. Como inflexão crítica, trata-se de refutar o pensamento que defende que para esses trabalhadores os materiais educativos têm que ter uma forma de linguagem muito simplificada, a ponto de considerá-los tolos, sem capacidade de refletir a sua prática e também o conteúdo, como se as dificuldades reais de escrita formal e retórica não pudessem ser elaboradas visando à superação de certos limites. (Pereira, 2008: 19)

A construção da formação em saúde visando à emancipação com base na perspectiva materialista dialética exige análises da dimensão ao mesmo tempo objetiva e subjetiva da formação humana. No caso, as condições materiais e objetivas de trabalho como algo inseparável da dimensão subjetiva desses trabalhadores. Não se trata de cair numa ótica subjetivista da subjetividade e sim perceber que a subjetividade dos trabalhadores está articulada às condições objetivas da relação capital e trabalho, gerando medo, angústia, alienação e apontando para uma relação impessoal e/ou de domínio sobre o outro. Isto significa, que pode correr uma mutilação das melhores qualidades, sensíveis e práticas, do ser humano. Entendido aqui, frisemos, não como entidade abstrata, fora da história, transcendente e metafísica, mas como sujeitos em situação, postos em contextos específicos e vivendo sob condições determinadas, que as mais das vezes não foram resultado de uma livre escolha, mas da pura necessidade de sobreviver.

Uma proposta curricular a favor da educação emancipatória deve conter conteúdos e práticas que evidenciem o trabalho em saúde como prática social privilegiada em que – com base no entendimento de que os seres humanos são as relações que estabelecem entre si – a solidariedade com o outro, a preocupação e o sentido de cuidar do outro podem e constroem o projeto civilizatório de humanidade.

Não se trata de endossar a metáfora do profissional da saúde sob a égide do sacrifício, nem muito menos de idealizar os conflitos inerentes às relações entre os

homens, mas sim de afirmar o trabalho na saúde na sua própria constituição e essência, o ato de um ser humano compartilhar necessidades de outro. Neste sentido, há que se problematizar a produção da impessoalidade e distanciamento como conduta para o profissional da saúde. Arriscamo-nos a dizer que se a conduta mencionada se apresenta em todas as esferas das relações entre os seres humanos, não se trata, certamente, de um desejo premeditado dos arautos do capital, mas sim de conseqüência inevitável do capitalismo. Dito de outra maneira, se a lógica de uma sociedade de classes, tendo uma 'desigualdade' sem o patamar da miséria, pudesse conviver 'harmonicamente', com a multidão de seres humanos se relacionando afetuosamente, ou se preferirem 'todas as classes unidas numa solidariedade orgânica e fraterna', os arautos do capital ficariam satisfeitos – com servos e patrões de mãos dadas, os primeiros contribuindo com o trabalho e os últimos se apropriando da riqueza do trabalho. Mas, como mostra o real, privatização do que deve ser coletivo e falta de individuação para fazer opções e escolha não resultam em igualdade, solidariedade, nem tornam a humanidade mais fraterna.

Denunciando as promessas que o capital não poderá nunca cumprir e, ao mesmo tempo, atuando como uma resistência à educação para o capital, a politecnia, com base no pensamento materialista histórico dialético, concebe e implementa estratégias de formação dos trabalhadores da saúde. Utopia sempre em construção, é orientada pela e para a superação de conceitos e atualização de práticas, de modo a situá-la no movimento da ciência, do trabalho e da saúde na história. Neste caminho, podemos dizer que tem eixos norteadores como:

> I) A noção de politecnia postula que o processo de trabalho desenvolva, em uma única unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais, características extrínsecas ao trabalho (...) implica uma formação que, a partir do próprio trabalho social, desenvolva a compreensão das bases de organização do trabalho de nossa sociedade. Trata-se da possibilidade de formar profissionais não apenas teórica, mas ao praticar, se compreendam os princípios que estão direta e indiretamente na base desta forma de se organizar o trabalho na sociedade; II) O materialismo histórico, como abordagem e método (...); III) O entendimento do sujeito como indivíduo singular e ao mesmo tempo como consciência geral (...); IV) Afirmar na formação técnica a 'Educação dos sentimentos, da sensibilidade e dos sentidos'; a elegia da arte e do pensamento filosófico como inerentes à integração dos conhecimentos científicos, e destes com a vida cotidiana; V) O trabalho como princípio educativo; VI) A pesquisa como princípio educativo. (Projeto Político-Pedagógico da EPSJV, 2005, cap. IV: 146)

Há que se acrescentar que como educação contra-hegemônica na formação dos trabalhadores da saúde, a politecnia se contrapõe à semiformação imposta pela

sociedade capitalista contemporânea; aos discursos e práticas a favor da mercantilização da saúde; aos processos de produção de consenso destinados a uma adaptação ao capital. A politecnia entende que todos os trabalhadores da saúde desempenham trabalho complexo. Trabalho que não pode ser confundido como valor de troca e mercadoria. Com isso partimos da premissa que educar neste sentido é educar para o difícil, pois, como afirma Pereira (2008: 20),

> Não há via fácil e direta de acesso ao conhecimento, à crítica elaborada, à percepção forte dos processos sociais e históricos que o capitalismo põe e repõe ao longo da sua formação, no passado e no presente. Não há mesmo, no plano da grande história, assim como no nível da pequena história do cotidiano, uma tal via fácil e simples de acesso. Porém, ao mesmo tempo conhecer é possível, é uma característica do trabalho humano, pensar e fazer, criar e assimilar conhecimentos produzidos ao longo da história pela humanidade. Cabe ao educador trabalhar na direção do difícil, do que precisa ser longa e pacientemente elaborado, do que se constrói com rigor e determinação.

A educação quando entendida como uma ação que tem como preocupação principal facilitar o conhecimento técnico-científico, político e social, digamos assim, pode banalizar, subjugar a capacidade de conhecer das pessoas oriundas das classes exploradas, e vir a "entregar o pensamento aos lobos, deixando sempre os mais fracos, os mais explorados e oprimidos, incapazes e indefesos diante do que não entendem e, portanto, não sabem como mudar" (Pereira, 2008).

Enfatizando, para a formação dos trabalhadores da saúde, hoje, diante das situações aqui analisadas, é necessário incluir nos seus cursos conteúdos disciplinares, com base na

- Economia Política – as contradições, articulações, tensões de setores da sociedade civil e Estado no que tange à saúde;
- Políticas de Saúde – recuperando as contradições do SUS, ressaltando o caráter de mercantilização a que é submetido e ao mesmo os avanços políticos e técnicos da sua proposta, possibilitando, portanto, entendê-lo sem idealização ou negação total, de modo a apostar na sua face pública;
- Políticas de C&T em Saúde, com ênfase nas tecnologias sociais;
- Sociologia do Trabalho – formas de organização do trabalho em saúde; relações sociais do trabalho, ressaltando as condições objetivas na produção de subjetividade do trabalhador da saúde.

Conclusões

A produção imaterial e o trabalho improdutivo têm, cada vez mais, estreitado sua relação com a subsunção ao trabalho produtivo na sua acepção clássica (Antunes, 1999). A preocupação com a crescente potencialização do caráter de trabalho produtivo no trabalho em saúde levou-nos à análise da noção de capital social ressignificada para promover adesão à relação público-privada na saúde e ao conceito de capital humano atualizado na articulação com a empregabilidade como umas das estratégias atuais da educação para o capital.

Como contraponto, analisamos e apontamos o modo operante dessa potencialização e estratégias de projeto de formação do trabalhador da saúde, como educação emancipatória, no sentido da resistência. Trata-se, assim, de perceber a educação dos trabalhadores da saúde pelo ângulo da luta entre projetos de adaptação e de emancipação do trabalhador que acompanha a Educação.

Paul Singer (1996) ajuda, ao expressar essa luta pelos sentidos distintos entre dois projetos sob os quais a Educação é pretendida, uma posição civil-democrática, que entende a Educação como um processo de formação, tendo como operadores os conceitos de democracia, de formação da consciência crítica e de emancipação do trabalhador, sem perder de vista um projeto de sociedade igualitária; o outro projeto Singer denomina de produtivista, para o qual o sentido da educação seria o de preparação dos indivíduos para a integração à sociedade capitalista. Os dois sentidos que constroem projetos distintos, cada qual ao seu modo, não negam, hoje, processos educativos dirigidos para a formação profissional e em relação a algumas profissões na Saúde, já há setores da lógica produtivista que não negam a escolaridade básica (pelo menos nos discursos e em programas).

Ao refletir sobre os impedimentos, hoje, para uma formação destinada à emancipação faz-se necessário observar que o processo de 'acumulação flexível', como resposta dinâmica e expansiva do capitalismo à sua própria crise, vinha apoiada em formas novas e flexíveis na produção, nos processos de trabalho, nos mercados, nos produtos e nos padrões de consumo. Com rapidez, cresce o 'setor de serviços' e surgem 'complexos industriais complementares' (Harvey, 2004). A combinação de flexibilidade e mobilidade da nova etapa do capitalismo avançado trouxe sérias conseqüências para o mundo do trabalho e para a organização dos trabalhadores: aumenta o desemprego estrutural, as qualificações no mundo do trabalho se alteram e se reconstroem, os ganhos salariais são quase irrelevantes e, sobretudo, o poder dos sindicatos, que era uma coluna mestra do período fordista, retrocede e entra em crise.

Há que se constatar que faz parte dessa nova etapa o controle da informação e da cultura de massas também vital na batalha pelo controle e pela hegemonia em escala global. Com esse modo de produção altamente competitivo, a propaganda acaba consumindo mais investimentos que o próprio produto, já que se vendem marcas, num imaginário de massas fortemente manipulado. Junto com a nova dinâmica, houve também uma 'reorganização do sistema financeiro global', resultando em formas muito fortes, concentradas e coordenadas, de poder econômico. Por certo, a crítica e a luta contra o capitalismo tornaram-se, na mesma medida, muito mais difíceis. Com isso, "a acumulação flexível evidentemente procura o capital financeiro como poder coordenador mais do que o fordismo o fazia" (Harvey, 2004: 155).

O discurso da relação público-privada, hoje, como fundamental para sanar problemas econômicos e sociais não altera o objetivo da produção de valor, apenas repropõe uma nova dinâmica ao apontar o já referido 'Estado mínimo comprador' como conseqüência para a já recente crise do que se chama de neoliberalismo. Ou seja, na verdade, há necessidade, para a acumulação capitalista atual, um investimento no fortalecimento de um Estado financiador do privado, o que nos leva a pensar com Harvey (2004: 236) quando afirma que: "os livres mercados têm como ponto de apoio o poder do Estado", opondo-se, portanto, à idéia de que os processos e mercantilização não levam a "um esvaziamento do estado de certas facetas dos processos sociais".

Ainda segundo Harvey (2004: 237), isto reafirma o que Karl Polanyi (2000) vê como

> a contradição central alojada no próprio cerne da política neoliberal. A preservação e a extensão do poder do Estado são cruciais para o funcionamento do livre mercado. Se, segundo sua tendência, solaparem os poderes do Estado, os livres mercados estarão destruindo as condições de seu próprio funcionamento.

No caso da Saúde, não há dúvida que a proposta do SUS, na sua origem, combate a privatização e a medicalização da saúde. Porém, não podemos esquecer que a implantação desse Sistema de Saúde enfrenta dificuldades vinculadas às características patrimonialistas e privativistas do Estado brasileiro e à expansão atual da expressão da ideologia do capital, o que faz com que determinadas ações, em nome do SUS, vão de encontro à sua formulação com base na Reforma Sanitária. Perceber a existência da luta entre projetos no âmbito histórico-social, na política e na economia capitalista ajuda a analisar os avanços e recuos do SUS. Neste caminho, há que se entender que a parceria público-privada produz efeito nefasto na formação

para a emancipação, pois reforça a lógica do valor na produção imaterial que é a saúde. Com isso, o valor ético e político das ações de saúde passam a ser distorcidos, em nome de um bom 'gerenciamento' das ações de saúde.

Entende-se que o trabalho em saúde, assim como um projeto de sentido público-democrático da saúde, requer a ampliação qualitativa e quantitativa da formação profissional dos trabalhadores da saúde. Porém, chamamos a atenção que esta escolarização tem que ser voltada para a valorização ética e pública desse trabalho. Há que se desvelar um projeto de educação para fazer frente ao capital que utiliza expressões como 'projeto coletivo', 'solidariedade', mas que pauta a escolarização na conservação do existente, no momento atual caracterizado pela alienação, pelo individualismo, e pelo crescente embrutecimento das relações sociais. Ao mesmo tempo, há que se implementar projetos de educação para emancipação.

> Neste sentido, podemos vislumbrar nos eixos curriculares a centralidade do trabalho e do trabalho na saúde, buscando entender como o trabalho no seu sentido geral e o trabalho na saúde, no geral e em suas especificidades, estão organizados hoje. Mais um eixo norteador fundamental será o constituído por conceitos centrais para as ações integrais de saúde, a qual projeto político ela se contrapõe e a necessidade da mediação entre o real e o possível, para que não se transmita um modelo ideal, com o qual o trabalhador no seu cotidiano não possa implementá-lo. (Pereira, 2007)

Trata-se, assim, de negar o 'canto ideológico' da expressão atual do capitalismo que enfraquece e desqualifica valores éticos-políticos orientados para o coletivo (e que não colocam em segundo plano a individuação), e fortalece ações individuais e ao mesmo tempo impessoais. Na saúde, esse 'canto' se traduz em ajuda para a elegia da produtividade, a eficácia e a eficiência, valores do trabalho produtivo, para ações que, mesmo na ordem capitalista, são de ordem da produção imaterial, como mais uma nova face da acumulação.

Por fim, há que se buscar caminhos que elucidem ser o trabalho humano o responsável por construir cultura, conhecimento, ações de saúde no sentido público, como possibilidade de que a educação favorável à emancipação seja prática significativa para a transformação do existente, na medida em que o pensamento marxiano nos ensina que o homem educado "constrói sociedade diferente daquela existente, e que esta por sua vez, vai gerar um novo tipo de homem e de humanidade".

Referências

ADORNO, T. Educação e emancipação. In: ADORNO, T. *Educação e Emancipação*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

ANTUNES, R. *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho.* São Paulo: Boitempo, 1999.

BOURDIEU, P. Capital social. In: NOGUEIRA, M. A & CATANI, A. (Orgs.) *Pierre Bourdieu: escritos de educação*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: CNS, 1998.

BUENO, A. O arcaico e o moderno no Brasil: variações em torno de uma educação interrompida. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 2008. (No prelo)

COHN, A. Políticas sociais e pobreza no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, 12: 1-17, 1995.

DEJOURS, C. *A Banalização da Injustiça Social*. 2. ed. Rio de janeiro: Editora FGV, 1999.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV) Projeto Político Pedagógico da EPSJV. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FONTES, V. M. *Reflexões Im-pertinentes: história e capitalismo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2005.

FRIGOTTO, G. *A Produtividade da Escola Improdutiva*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

FRIGOTTO, G. Crise do trabalho, formação profissional e reforma de ensino. *Cadernos da EPSJV*, 2000.

FRIGOTTO, G. Capital humano. In: LIMA, J. & PEREIRA, I. B (Orgs.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

HARVEY, D. *Espaços de Esperança*. São Paulo: Loyola, 2004.

HIRST, P. & THOMPSON, G. *Globalização em Questão*. Petrópolis: Vozes, 1998.

MAARS, W. L. Adorno, Semiformação e educação. *Educação e Sociedade*, 24(83): 459-476, 2003.

NEVES, L. *et al* Capital social. In: LIMA, J. & PEREIRA, I. B (Org.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

OLIVEIRA, F. O Estado e o urbano. *Espaço e Debates*, 6: 36-54, 1982.

OLIVEIRA, R. Empregabilidade. In: LIMA, J. & PEREIRA, I. B (Org.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

PEREIRA, I. B. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PEREIRA, I. B. Educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Org.) *Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor*. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Cepesq, Abrasco, 2007.

PEREIRA, I. B. *A Formação Profissional em Serviço no Cenário do Sistema Único de Saúde*, 2002. Tese de Doutorado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

PEREIRA, I. B. & RAMOS, M. N. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde)

POCHMANN, M. *O Emprego na Globalização*. São Paulo: Boitempo, 2001.

POLANYI, K. *A Grande Transformação: as origens de nossa época*. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

ROSSI, C. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 26 ago. 2001. Domingo, p. A12.

SANTOS, L. A. Tendências mundiais sobre o papel do Estado e suas implicações na economia brasileira. *Em Busca da EPSJV Pública e Estratégica. Caderno de Debates*, 2000.

SCHULTZ, T. W. *O Capital Humano: investimentos em educação e pesquisa*. Trad. Marco Aurélio de Moura Matos. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973.

SINGER, P. Poder, política e educação. *Revista Brasileira de Educação*, 1: 5-15, 1996.

SOARES, M. C. C. Banco Mundial: políticas e reformas. In: TOMMASI, L.; WARDE, M. J. & HADDAD, S. (Org.) *O Banco Mundial e as Políticas Educacionais*. São Paulo: Cortez, PUC-SP, Ação Educativa, 1996.

SOARES, C. C. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 26 ago. 2001. Domingo, p. A12.